

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS – GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

**ANÁLISE DA ATUAÇÃO DAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS
GOVERNAMENTAIS E NÃO-GOVERNAMENTAIS QUE COMPÕEM
O CONSELHO DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAZONAS (CES-AM)
NA ELABORAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E CONTROLE SOCIAL DA
POLÍTICA DE SAÚDE DO MESMO ESTADO.**

Pesquisadora Voluntária: INGRIDI HENRIQUES DAS NEVES

MANAUS – AM

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS – GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

**ANÁLISE DA ATUAÇÃO DAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS
GOVERNAMENTAIS E NÃO-GOVERNAMENTAIS QUE COMPÕEM
O CONSELHO DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAZONAS (CES-AM)
NA ELABORAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E CONTROLE SOCIAL DA
POLÍTICA DE SAÚDE DO MESMO ESTADO.**

RELATÓRIO FINAL

PIBI-SA/0042/2009

Pesquisadora Voluntária: Ingridi Henriques das Neves

Orientadora: Prof^a. Msc^a. Kátia Araújo de Lima Vallina

MANAUS

2010

RESUMO

Esta pesquisa visou analisar a participação dos conselheiros que compõem o CES-AM visando identificar se efetivamente cumprem seu papel na elaboração, fiscalização e controle social da política de saúde do Estado do Amazonas. O princípio da participação da comunidade na gestão das políticas públicas foi inserido no arcabouço legal brasileiro a partir do advento da Constituição de 1988, e posteriormente foi reafirmado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90. Esta última institui os conselhos como órgão colegiado, em caráter permanente e deliberativo, devendo ser composto por representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde. Devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, notadamente, acompanhando a aplicação dos recursos financeiros em cada esfera de governo. A partir do pressuposto da relevância do Conselho para o controle social da política de saúde procurou-se, no âmbito do estado do Amazonas: I) Contextualizar o momento histórico e social do nascimento da constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), bem como a instituição do CES-AM e os fatores e atores que contribuíram para estes marcos legais; II) Investigar a estrutura, o funcionamento e o trabalho cotidiano do CES-AM, bem como conhecer seu regimento interno, componentes, paridade, dentre outros; III) Retratar de que maneira as entidades governamentais e não-governamentais participam do CES-AM e se esta participação tem sido efetiva e consciente; IV) Aprofundar teoricamente os conceitos de sociedade civil, controle social e os princípios e diretrizes que estruturam o SUS, a fim de analisar a implementação da política de saúde no Estado do Amazonas. A pesquisa de caráter qualitativo teve como universo investigativo os conselheiros que integram o Conselho de Saúde do Estado do Amazonas (CES-AM). Entrevistamos 10 (dez) conselheiros, utilizando como instrumental um questionário semi-estruturado. Esse trabalho é o resultado dessa pesquisa, que buscou conhecer o espaço do conselho e analisar a participação dos conselheiros na elaboração, implantação e fiscalização da política de saúde do Estado do Amazonas. O resultado da pesquisa constatou que existem muitos fatores que impossibilitam a participação plena dos conselheiros, em face do não-apoio do conselho no sentido de subsidiar a atuação do conselheiro. Soma-se a isso o não acesso dos conselheiros às informações fornecidas pelas Secretarias de Saúde, bem como a falta de assessoria a assuntos relevantes para a discussão e deliberação no conselho, principalmente em relação aos conselheiros representantes da sociedade.

Palavras chave: Política de saúde, Conselho de Saúde e Controle Social

ABSTRACT

This research aims to analyze the participation of advisers who make up the CES-AM to identify if effectively fulfill its role in the design, supervision and social control of health policy of the State of Amazonas. The principle of community participation in public policy management was inserted into the Brazilian legal framework since the advent of the 1988 Constitution, and was subsequently reaffirmed by the Health Laws 8080/90 and 8142/90. The latter establishes the councils as a collective body, permanently and deliberative, and shall be composed of government representatives, service providers and health professionals. Must act in the formulation of strategies and controls for implementing health policy in the corresponding instance, notably, following the application of financial resources in each sphere of government. Assuming the relevance of the Council for the social control of health policy is sought under the state of Amazonas: I) contextualizing the historical and social moment of the birth of the 1988 Constitution and the Laws of Health (8080 / 90 and 8142/90) and the establishment of the CES-AM and the factors and actors that contributed to these legal frameworks and ii) investigate the structure, operation and the daily work of the CES-AM, as well as meet its internal procedures, components, parity, among others; III) Picture how the government and non-governmental organizations participating in the CES-AM and if this participation has been effective and conscious; IV) further theoretical concepts of civil society, social control and the principles and guidelines that structure the SUS, to examine the implementation of health policy in the state of Amazonas. The research was qualitative universe investigative advisors who are part of the Health Council of the State of Amazonas (CES-AM). We interviewed 10 (ten) members, using as an instrumental semi-structured questionnaire. This work is the result of this survey, which sought to know the space council and analyze the participation of directors in the preparation, implementation and monitoring of the health policy of the State of Amazonas. Survey results found that there are many factors that prevent the full participation of members, in the face of non-support of the council in order to subsidize the work of the counselor. Added to this lack of access of directors to information provided by Secretary of Health, and the lack of advice on relevant issues for discussion and deliberation on the board, especially in relation to advisers society representatives.

Keywords: Health policy, Health Board and Social Control

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Concepção dos conselheiros sobre saúde.....	24
Quadro 1 – Identificação dos conselheiros.....	51
Quadro 1.1 – Identificação dos conselheiros.....	52
Gráfico 2 – Nível de escolaridade.....	54
Gráfico 3 – Escolaridades dos conselheiros por entidades.....	55
Gráfico 4 – Participação sócio-política dos conselheiros.....	56
Gráfico 5 – Participação dos entrevistados em eventos.....	57
Gráfico 6 – Meios de informação utilizados.....	58
Gráfico 7 – Importância do conselho.....	60
Gráfico 8 – Importância do conselho, por entidades.....	61
Gráfico 9 – Acesso dos conselheiros às informações da Secretaria.....	63

LISTA DE SIGLAS

ABI - Associação Brasileira de Imprensa

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

AIS - Ações Integradas de Saúde

CAPS – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CDS - Conselho de Desenvolvimento Social

CEAM - Comitê Estadual de Aleitamento Materno

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em saúde

CECIS - Comissão Estadual de Comunicação e Informação e Saúde

CES - Conselho Estadual de Saúde

CESB - Comissão Estadual de Saúde Bucal

CESMA - Comissão Estadual de Saúde Mental

CEPOMI - Comissão Estadual de Prevenção ao Óbito Materno-Infantil

CESO - Comissão Estadual de Saúde Ocular

CESPI - Comissão Estadual de Saúde da Pessoa Idosa

CES-AM – Conselho Estadual de Saúde do Amazonas

CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde

COUV - Comissão de Ouvidoria

CT-AMC - Câmara Técnica de Alta e Média Complexidade

CT-F - Câmara Técnica de Financiamento

CT-GPPI - Câmara Técnica de Gestão, Política e Planejamento

CT-RH - Câmara Técnica de Recursos Humanos

DOE - Diário Oficial do Estado

FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOS – Leis Orgânicas da Saúde

MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MRS - Movimento de Reforma Sanitária

MS – Ministério da Saúde

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PPA - Plano de Pronta Ação

PRÉV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROCON - Programa Estadual de Proteção e Orientação ao Consumidor

R.I – Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde

SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde da Capital

SINPAS - Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde Brasileiro

SUSAM - Secretaria de Estado da Saúde

UEA - Universidade Estadual do Amazonas

UFAM - Universidade Federal do Amazonas

UNATI - Universidade Aberta Para a Terceira Idade

UNINILTONLINS - Centro Universitário Nilton Lins

“Combati o bom combate, terminei a carreira, guardei a fé.” (II **Timóteo 4:7**)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO -----	12
CAPÍTULO 1 - POLÍTICA DE SAÚDE (SUS) E CONTROLE SOCIAL NO BRASIL-----	15
1.1 Primeiro esboço de política de saúde -----	15
1.2 Movimento de Reforma Sanitária: uma nova configuração para Saúde brasileira -	19
1.3 VIII Conferência e Constituição Federal de 1988: O direito à Saúde -----	24
1.4 SUS: Princípios e Diretrizes -----	29
1.5 O Controle Social e sua relação com o Estado e a Sociedade Civil-----	34
1.6 Controle Social no Brasil: Contexto Pós-Constituinte -----	38
CAPÍTULO 2----- -CONSELHO DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAZONAS (CES-AM)	43
2.1 CES-AM: Desvelando essa Instituição e seus fundamentos -----	43
2.1.2 Composição -----	44
2.1.3 Organização-----	45
2.1.4 Deliberação e Resolução -----	46
2.1.5 Regimento Interno x Resolução nº 333/2003 do CNS e LOS -----	49
2.2 Identificação dos conselheiros -----	52
2.2.1 Grau de escolaridade-----	55
2.2.2 Participação Sócio-Política-----	56
2.2.3 Participação em eventos e frequência da participação -----	57
2.2.4 Meios de informação-----	59
2.3 Visão dos Conselheiros sobre o CES-AM-----	60
2.3.1 Acesso dos conselheiros às informações da Secretaria de Saúde -----	64
2.3.2 Processo de eleição do conselheiro no CES-AM/ representatividade-----	66

2.3.3 Relação conselheiros – entidades – bases – sociedade civil -----	67
2.3.4 Relação conselho – secretarias e poder público -----	69
2.3.5 Atribuições dos conselheiros -----	71
2.3.6 Dificuldades do conselheiro para atuar no conselho-----	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	79
REFERÊNCIAS-----	82
CRONOGRAMA -----	86
APÊNDICE -----	87
INSTRUMENTAL DA PESQUISA (FORMULÁRIO) -----	87

INTRODUÇÃO

O presente trabalho intitulado “*Análise da atuação das entidades representativas governamentais e não-governamentais que compõem o conselho de saúde do Estado do Amazonas (CES-AM) na elaboração, implementação e controle social da política de saúde do mesmo Estado*” é fruto de um Projeto de Iniciação Científica (PIBIC)/UFAM, desenvolvido no período de 2009 a 2010.

A temática dos Conselhos foi inserida no arcabouço legal brasileiro a partir da Constituição de 1988, que institui a participação da comunidade nas políticas sociais, em especial na política de saúde, como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Diretriz esta que voltou a ser reafirmada nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), sendo a Lei nº 8.080/90 a que dispõe sobre os princípios e diretrizes do SUS; e a Lei nº 8.142/90, a que dispõe sobre as formas de participação da comunidade, através das conferências e dos conselhos, além das formas de financiamento.

O Conselho de Saúde é órgão permanente, deliberativo e paritário, ou seja, têm representação paritária entre os representantes das entidades do governo, os profissionais e os trabalhadores da saúde, os prestadores de serviços e usuários do SUS. Tem a função de atuar na formulação de estratégias e na execução da política de saúde, nas três instâncias de governo, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. A criação dos Conselhos é uma exigência legal – Lei nº 8.142/90 – para que ocorra o repasse de recursos federais.

Tendo em vista a importância desse espaço na política de saúde, faz-se necessário conhecê-lo, seja no âmbito federal, estadual ou municipal, para desvelarmos seu funcionamento e podermos pensar propostas para seu aprimoramento. Entendemos que é necessário publicizar suas atividades no contexto não só da academia, mas, sobretudo, no contexto da sociedade civil, alvo dessas políticas.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a participação dos conselheiros que compõem o CES-AM visando identificar se efetivamente cumprem seu papel na elaboração, fiscalização e controle social da política de saúde do Estado do Amazonas. Em relação aos objetivos específicos, são os que se seguem: I) Contextualizar o momento histórico e social do nascimento da constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), bem como a instituição do CES-AM e os fatores e atores que contribuíram para estes marcos legais; II) Investigar a estrutura, o funcionamento e o trabalho cotidiano do CES-AM, bem

como conhecer seu regimento interno, componentes, paridade, dentre outros; III) Retratar de que maneira as entidades governamentais e não-governamentais participam do CES-AM e se esta participação tem sido efetiva e consciente; IV) Aprofundar teoricamente os conceitos de sociedade civil, controle social e os princípios e diretrizes que estruturam o SUS, a fim de analisar a implementação da política de saúde no Estado do Amazonas.

Entendemos os procedimentos teórico-metodológicos de acordo com (MINAYO, 2007, p. 14) como:

[...]o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade).

A execução dos objetivos supramencionados pautou-se em três fases interligadas e complementares. A primeira foi a pesquisa bibliográfica e documental que se centrou em procurar em web sites, bibliotecas, documentos importantes, atas de reuniões, relatórios, artigos científicos e outras informações pertinentes à temática, bem como subsídios em documentos fornecidos pelo próprio conselho de saúde estadual, *locus* da pesquisa.

A segunda foi a pesquisa de campo, através de entrevistas e a participação da pesquisadora nas reuniões do conselho. O referido conselho está situado na Av. André Araújo, nº 701, no Bairro Aleixo. As reuniões ordinárias ocorrem mensalmente na última terça-feira de cada mês às 9 (nove) horas da manhã. Ocorrem, também, reuniões extraordinárias quando necessário.

O Conselho Estadual de Saúde (CES-AM) é composto por conselheiros titulares e suplentes, que representam 16 (dezesesseis) entidades. Entrevistamos 10 (dez) conselheiros, que representam dez entidades mais atuantes no Conselho, conforme o nosso critério de priorizar aqueles representantes mais assíduos às reuniões, totalizando assim 62,5% da amostra. As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2009 a janeiro de 2010, aplicando-se um formulário semi-estruturado (com perguntas fechadas, algumas com mais de uma opção de resposta, e uma pergunta aberta), sendo que todas as entrevistas foram gravadas, com a devida autorização dos sujeitos da pesquisa.

A terceira e última fase compreende a tabulação, sistematização e análise dos dados e informações obtidos nas entrevistas e à luz da nossa compreensão teórica, bem como das leis pertinentes à área da saúde, que foram trabalhadas no decorrer da pesquisa.

O presente trabalho consta de dois capítulos. O primeiro, intitulado “Política de saúde e Controle Social no Brasil” versa sobre a política de saúde da década de 1930 à década de 80. Com ênfase no Movimento de Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e a elaboração da Constituição de 1988, que enfatiza o direito à saúde no país, além disso, abordamos conceitualmente Controle Social, Estado e Sociedade Civil e já concatenamos apresentação de resultados da pesquisa de campo.

O segundo capítulo, “O Conselho de Saúde do Estado do Amazonas (CES-AM)”, aborda a caracterização do *locus* da pesquisa, destacando nessa identificação o Regimento Interno (R.I) do CES-AM, que é comparado com a Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Leis Orgânicas da Saúde (LOS). Fazemos, ainda, a identificação dos sujeitos da pesquisa, traçando os seus perfis, sua visão sobre o Conselho, sua relação com o poder público, particularmente com a Secretária de Saúde, o processo de eleição, suas atribuições e dificuldades de atuação, bem como a articulação com suas respectivas entidades e com a sociedade. E, nas considerações finais são feitas reflexões acerca da realidade pesquisada e são dadas algumas sugestões para o aprimoramento do trabalho do CES-AM, fruto tanto das sugestões dos nossos entrevistados como de reflexões pessoais da pesquisadora.

Almejamos que o conteúdo deste trabalho seja significativo para uma apreciação acerca da atuação do CES-AM, no entanto sabemos que esta é uma temática ainda não muito trabalhada no curso de Serviço Social, e por isso esperamos que o presente trabalho seja um norte para que futuras pesquisas sejam realizadas dentro desta temática, pois acreditamos que por ser a realidade dinâmica, exige, assim, um olhar permanente e atento de todos para as suas mudanças, bem como para a produção e socialização de novos conhecimentos.

CAPÍTULO 1

POLÍTICA DE SAÚDE (SUS) E CONTROLE SOCIAL NO BRASIL

Neste capítulo, será abordado de maneira sucinta o desenvolvimento da política de saúde brasileira a partir da década de 30 – onde os direitos em saúde da população estavam vinculados ao carnê da previdência – até a década de 1980/90 – com a Constituição de 1988 e a consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde) – onde se tem uma extensão destes direitos para toda a população. Partiremos de duas premissas básicas: de que maneira se desenvolveu a política de saúde no Brasil (a partir de 30) e o que mudou, na questão da saúde, com o advento da Constituição “Cidadã”. Será dado, ainda, o devido destaque ao movimento que impulsionou esta mudança na saúde – Movimento de Reforma Sanitária – e suas devidas contribuições para uma nova maneira de pensar a saúde, bem como para a construção do SUS em seus princípios e diretrizes. Além disso, para melhor compreensão do presente trabalho abordaremos o controle social inserido no Estado *versus* sociedade civil baseado em aspectos da teoria gramsciana. Também será feita uma inclusão do termo no contexto social brasileiro pós-constituente. Contaremos inclusive com a contribuição dos sujeitos da pesquisa em relação ao entendimento deles a respeito do termo.

1.1 Primeiro esboço de política de saúde

A saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado, conforme (BRAGA E PAULA, 1986 *apud* BRAVO, 2008a). No início do século, década de 20, devido às condições insalubres que os portos brasileiros possuíam, pois exportavam doenças e, portanto, estavam prejudicando as exportações brasileiras, foram implementadas novas ações no controle das doenças, tanto na área da saúde pública quanto na da assistência médica individual. Sem dúvida, contribuíram também para a efetivação dessas ações as revoltas populares, os movimentos anarquistas e comunistas que pressionavam por ações mais efetivas do Estado na atenção à saúde. Foi a partir destes movimentos que o chefe de polícia, Eloy Chaves, propôs em 1923, uma lei para algumas organizações trabalhistas mais atuantes política e financeiramente, como os ferroviários e os marítimos, ligados à produção exportadora (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985 *apud* BAPTISTA, 2005).

Surgem aí as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS) que eram uma espécie de seguro social organizado por empresas por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva. Tinha como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e assistência médica a seus filiados e dependentes. (COHN, 2005). É importante destacar que o Estado em nada contribuía financeiramente e muito menos tinha responsabilidade na administração dessas Caixas – sua atuação se restringia à legalização de uma organização que já vinha se dando de maneira informal desde 1910, e ao controle a distância do funcionamento dessas caixas, mediando possíveis conflitos de interesses (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985 *apud* BAPTISTA, 2005).

A respeito da atuação estatal neste cenário, Baptista (2005) declara que embora o Estado tenha se mantido alheio a esta forma de organização privada, restringindo-se a legalizá-la e controlá-la à distância, esse modelo serviu de base para a constituição de um primeiro esboço de sistema de proteção social no Estado brasileiro, que se definiu a partir dos anos 30 no contexto do governo de Getúlio Vargas.

Nesta década (30), houve profundas alterações na sociedade brasileira que tiveram como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores. Esta conjuntura possibilitou, através de suas características econômicas e políticas, o surgimento de políticas sociais públicas que respondessem às questões sociais de forma mais orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, precisavam ser enfrentadas de forma mais incisiva. Ou seja, em vez de serem encaradas como “caso de polícia”, tendo os trabalhadores suas reivindicações emudecidas e abafadas pela repressão policial e militar, necessitavam transformar-se em questão política, tendo como protagonista o Estado na intervenção e na criação de “novos aparelhos que contemplassem de algum modo os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação”. (BRAVO, 2008a, p. 91).

Em relação à saúde pública, até então, as ações eram de caráter sanitarista-campanhista, voltadas à saúde coletiva, no entanto, a partir da década de 30, as ações estatais nessa área começam a se voltar para uma atenção médica mais individual. Segundo Bravo (2008a) a política de saúde foi organizada em dois subsetores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária. O setor da saúde pública foi predominante até meados dos anos 60 e

se focalizou na criação de condições mínimas para as populações urbanas e restritamente para as do campo. As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940 foram:

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937, Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana);
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Com relação à medicina previdenciária, essa teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) criadas em 1923. Além disso, é criado o MESP (Ministério da Educação e Saúde Pública). A esse cabia a assistência à saúde daqueles que não estavam incluídos nos CAPs, ou seja, aos desempregados, aos pobres e aqueles que não podiam pagar pelos serviços de saúde.

Esse modelo previdenciário que norteou os anos 30 a 45 foi, segundo Oliveira e Teixeira (1986) *apud* Bravo (2008a), de orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente que dominou o período anterior (1923-1930). Para os autores, um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi, sem dúvida, o efeito produzido pelo rápido crescimento da massa de trabalhadores inseridos no sistema previdenciário. A previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. A legislação do período, que se inicia em 30, procurou demarcar a diferença entre “previdência” e “assistência social”, que antes não havia. Foram definidos

limites orçamentários máximos para as despesas com “assistência médico-hospitalar e farmacêutica”.

No período de 1945 a 1964 há uma consolidação da política de saúde criada na década de 30. A política de saúde concebeu como características gerais a racionalização administrativa e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias, no entanto continuou organizada nos dois subsectores (saúde pública e medicina previdenciária).

A partir de 1964, no período ditatorial, ampliou-se a política assistencial, burocratizando-a e modernizando-a, por meio da máquina estatal, para aumentar o poder de regulação desta para com a sociedade civil, de modo a suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação de capital. A política de saúde no período de 1964 a 1974 se desenvolve com base no privilegiamento do setor privado articulada às tendências da política econômica implantada. Suas principais características, de acordo com Oliveira e Teixeira (1986) *apud* Bravo e Matos (2007) foram: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médica curativa orientada para a burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação de atendimento à clientela.

Proliferou, portanto, nesse período a assistência médica privada, bem como, houve grande crescimento de hospitais privados e leitos, segundo dados do Conass (2007). No entanto, nota-se também que a população não era bem atendida e se acumulavam filas. Há denúncias graves de corrupção no pagamento dos serviços hospitalares que eram por Unidade de Serviço (US). Destaca-se também nesse, a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no chamado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, que ocasionou a uniformização dos institutos, no que se refere aos benefícios prestados, causando certa insatisfação naqueles contribuintes de institutos com mais benefícios, visto que os contribuintes de institutos com menos benefícios poderiam usufruir da assistência dos institutos mais ricos e com mais benefícios, causando assim uma superlotação destes últimos gerando mais filas, demora no atendimento e superlotação.

Soma-se a isso o fato de que foram incluídos, no início da década de 70, trabalhadores de outras categorias profissionais como: rurais, empregados domésticos e autônomos, o que gerou mais demanda e “o Estado respondeu à demanda contratando mais serviços privados,

permitindo a formação do que ficou conhecido como ‘Complexo médico-empresarial’ ”. (CORDEIRO, 1984 *apud* BAPTISTA, 2005, p. 22)

Mesmo com toda essa extensão, o atendimento à saúde ainda era negado para a maioria da população, visto que as pessoas que se dirigiam ao INPS necessitavam comprovar através da carteira de trabalho ou carnê de contribuição previdenciária sua condição de empregado formal para ser considerado incluído no sistema. Além disso, a população voltava a conviver com epidemias, endemias, mortalidade infantil e outros problemas de saúde coletiva (CONASS, 2007). Para se ter uma idéia: “a taxa de mortalidade infantil era de 87,9 bebês para 1.000 nascidos-vivos e as doenças infecciosas e parasitárias constituíam uma das principais causas de óbito.” (BAPTISTA, 2005, p. 23).

A partir dessa conjuntura, constatamos que houve, nesse período, uma estagnação social, devido ao descaso dos governantes em relação às políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento social. Durante todo o regime militar o investimento na área da saúde pública foi precário, ocasionando a volta de doenças antes controladas em surtos epidêmicos, além disso, o saneamento e as políticas de habitação foram desprezados, aumentando assim as mazelas da pobreza e principalmente acentuando a desigualdade social.

1.2 Movimento de Reforma Sanitária: uma nova configuração para Saúde brasileira.

A partir de meados da década de 70, diante de um cenário de crise política, econômica e social em meio à abertura política, começam a aparecer forças que outrora haviam sido vedadas. Dentre elas, destacam-se o sindicalismo operário, aliado às categorias profissionais dos estratos médios; os trabalhadores rurais, uma parcela da Igreja, que se posicionou em favor das classes trabalhadoras, e entidades da sociedade civil, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), bem como os movimentos sociais urbanos.

No campo da saúde, destaca-se o Movimento de Reforma Sanitária (MRS), que era integrado, inicialmente, por segmentos da classe média ligados à área da saúde: médicos, sanitaristas, enfermeiros, técnicos, entre outros, mas depois se aliou a outros movimentos sociais o que garantiu mais força e conseqüentemente mais ganhos para o setor. Foi um movimento que contribuiu para a construção do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), principalmente com a criação do Centro Brasileiro de Estudos em saúde (CEBES) e da

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que eram instituições integradas por intelectuais, acadêmicos e partidos de esquerda.

A intelectualidade pertencente ao movimento divulgava estudos sobre as condições sociais e de saúde com críticas pertinentes à condução política do Estado brasileiro e reivindicava mudanças efetivas na assistência à saúde no Brasil, com isso, “produziu uma interpretação dos problemas sanitários e gerou propostas para superá-los que ganharam influência muito além de suas fileiras” (CAMPOS, 2006, p.139).

Baseado nas experiências exitosas do pós-guerra, no que se refere à criação de sistemas nacionais de saúde em países europeus, o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) trouxe importantes contribuições para o Brasil a fim de construir um novo paradigma sanitário:

Este movimento trouxe para o Brasil a tradição dos Sistemas Nacionais de Saúde, além de difundirem a necessidade de que fosse superada a visão reducionista do processo saúde/doença (...) trouxeram para o Brasil a obra de pensadores franceses e italianos, sobretudo, aquela que, a partir dos anos sessenta, tratava de construir outro paradigma sanitário. (CAMPOS, 2006, p. 139).

O movimento sanitário buscava reverter a lógica da assistência à saúde no Brasil apresentando quatro proposições para debate (BAPTISTA, 2005):

- A saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou qualquer outro critério de discriminação;
- As ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo;
- A gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios;
- O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde.

Os reformadores queriam, em suma, um sistema único de saúde que fosse financiado pelo Estado, descentralizado, que toda a população brasileira pudesse ser atendida não importando se contribuiu ou não para a previdência e que esta mesma pudesse participar da gestão deste sistema. Como fundamentos deste sistema, então, destacam-se:

(...) democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações. Sua premissa básica consiste na saúde como um direito de todos e dever do Estado. (BRAVO, 2008b, p. 46).

Conforme a autora acima referenciada, o cenário era de exclusão de uma boa parcela da população do direito à saúde, visto que boa parte desta não estava incluída no sistema previdenciário (INPS) através do vínculo trabalhista, e, portanto, não tinha direito ao atendimento à saúde, ficando esta a cargo do Ministério da Saúde (MS), e das secretarias estaduais e municipais que, por sua vez, não absorviam a demanda.

Conforme Baptista (2005) não havia se constituído, até então, no Brasil, uma política de Estado cidadã no sentido mais abrangente, ou seja, que desobrigasse qualquer espécie de vínculo com o processo produtivo e que reconhecesse o cidadão simplesmente pelo valor que tem como membro daquela comunidade. Imperava a chamada “cidadania regulada” em que o indivíduo só era considerado cidadão se estivesse incluso em uma das ocupações reconhecidas por lei. A proposta de reforma do setor saúde apresentada pelo movimento sanitário, portanto se inseria em uma lógica maior de reestruturação do próprio Estado e de afirmação de uma cidadania substantiva para o povo brasileiro.

As pressões por reforma na política de saúde possibilitaram algumas alterações na mesma, ainda na década de 70. Alterações estas, que se processaram de forma incipiente e de forma a não comprometer os interesses do Estado autoritário. Dentre as políticas implementadas, destacam-se (Baptista, 2005):

- A criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais;
- A formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social;
- A instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, que constituiu em uma medida para viabilização da cobertura em saúde desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde;

- A formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional que desenvolveu ineditamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo;
- A promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país e se configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde;
- A constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico assistencial da previdência social.

Dá-se destaque também ao Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prév-saúde) que foi formulado em 1980 na VII Conferência Nacional de Saúde. Este programa deveria ser uma extensão nacional do Piass, que havia sido desenvolvido no período compreendido entre 1976/1979 no Nordeste do Brasil. O Prév-Saúde visava, dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura de saúde para toda a população até o ano 2000. No entanto, de acordo com Conass (2006) as diretrizes de reorientação contidas no programa somadas a interesses corporativos, o tornam inaceitável para os setores privados de assistência médica. A forte reação gerada leva a sucessivas reformulações e esvaziamento do programa.

Mesmo assim, de acordo com Cordeiro (1984 *apud* Baptista, 2005) este conjunto de medidas favoreceu a construção de políticas mais universalistas na área da saúde, priorizando a extensão da oferta de serviços básicos e fortalecendo a perspectiva de reforma do setor. Entrelaçada a esta conjuntura, amplia-se no Brasil o debate sobre o direito à saúde, que se fundamenta na própria concepção de saúde até então vigente.

Só para se ter uma idéia o conceito que imperava até então era o consagrado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na carta de 7 de abril de 1948 (desde então o dia mundial da saúde): saúde é o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não

apenas a ausência de enfermidade. De acordo com Scliar (2007) esse conceito refletia em parte uma aspiração que nasceu dos movimentos sociais do pós-guerra que representava o fim do colonialismo e a ascensão do socialismo. A saúde, então, de acordo com este conceito, deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações.

No entanto, este conceito sofreu críticas de natureza técnica, devido ao fato de que “a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde” (SCLIAR, 2007, P.37), e de natureza política, libertária, pois “o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde” (idem). Por conta disto, mais especificamente em decorrência do primeiro argumento é criado por Christopher Boorse (1977): saúde é ausência de doença. “A classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor.” (idem).

Diferente da proposição do Movimento de Reforma Sanitária que propunha uma concepção de saúde com um sentido mais abrangente, como sendo:

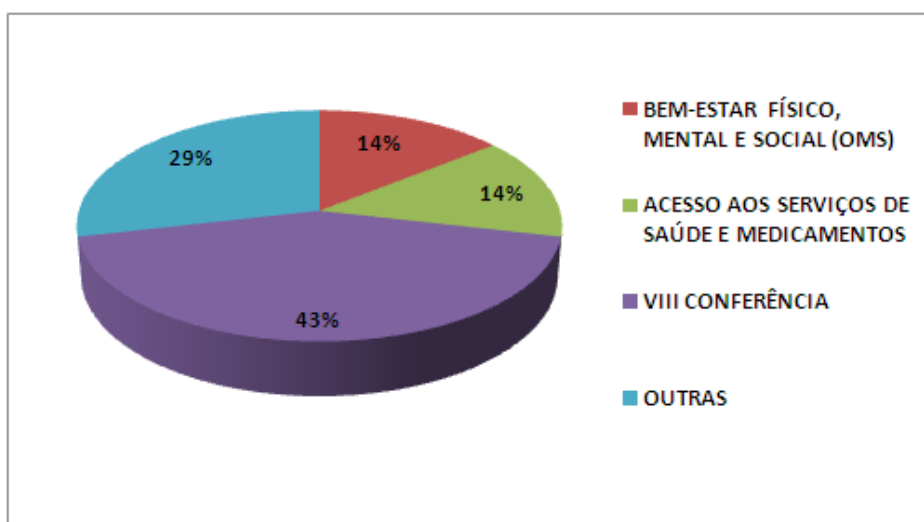
(...) resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, dentro outros fatores. Portanto, o direito à saúde significava a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, em todos os níveis, de todos os habitantes do território nacional. (BAPTISTA, 2005, p. 26).

Diante disso, “a proposta de reforma para a saúde era também uma proposta de reforma do Estado” (BAPTISTA, 2005, p.26). Estado este que, conforme a autora citada, havia se constituído sob uma base fundada no patrimonialismo, política de clientela, centralização decisória e exclusão social – modos de fazer a política que se reproduziam não só no âmbito de organização do setor de saúde como em todos os demais setores, mas que foram explicitados no debate da saúde, talvez por ser este um setor que criticava com muito mais dureza a situação de injustiça social que se havia consolidado.

Este Movimento, portanto, buscava uma revisão no modo operacional do Estado, de modo que houvesse melhor distribuição de poder, e uma disposição para repartir a renda (redistribuir), bem como que a população pudesse participar da construção desse novo Estado.

Em relação à concepção de saúde, podemos aqui chamar os sujeitos da pesquisa para que possam dar as suas contribuições acerca do conceito de saúde que eles adotam. Importante salientar que o a concepção de saúde do MRS pode ter influenciado boa parte dos conselheiros entrevistados, já que também esta embasou o conceito adotado pela VIII Conferência de Saúde (como veremos no decorrer deste capítulo). Quando questionados sobre a concepção de saúde que eles adotavam foram fornecidas as seguintes opções de resposta, sendo-lhes permitida marcar mais de uma opção: “Ausência de doenças”, “Bem-estar físico, mental e social (OMS)”, “Acesso aos serviços de saúde e medicamentos”, o conceito adotado pela “VIII conferência”, e “outras.” Conforme sinalizado pelo gráfico a seguir:

Gráfico 1 – Concepção dos conselheiros sobre saúde



Fonte: Pesquisa de Campo/ 2009-2010.

Dentre a opção “outras” destacamos: “bem-estar dos indivíduos”, “saúde é vida”, “ter tratamento para os problemas de saúde apresentados”, “ter condições de viver com qualidade de vida”. Diante das respostas apresentadas temos definições incompletas, ou vagas, ou ainda que se aproximam do conceito da VIII Conferência, no entanto não o contemplam em sua plenitude.

1.3 VIII Conferência e Constituição Federal de 1988: O direito à Saúde.

Dentre as várias Conferências Nacionais de Saúde que foram realizadas (sete ao todo desde 1941-1980), destaca-se a VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986, em Brasília. Segundo Baptista (2005, p. 30) “Esta Conferência foi um marco histórico da política de saúde brasileira, pois, pela primeira vez contava-se com a participação da comunidade e

dos técnicos na discussão de uma política setorial.” Bravo (2007) complementa que “Os debates assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento.” (op. cit. 89).

O temário central versou sobre: 1º) a Saúde como um direito inerente à personalidade e à cidadania; 2º) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; III) Financiamento setorial. Esta contou com a presença de 4.500 pessoas, dentre as quais 1000 delegados.

Segundo Faria (1997 *apud* BAPTISTA, 2005) os conferencistas aprovaram por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo com relação às práticas de saúde estabelecidas. Após vinte anos de ditadura, conquistava-se o direito à participação; após séculos de desassistência, falava-se na definição de um modelo protetor com a garantia do direito à saúde integral.

O Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 trouxe uma inovação com relação ao conceito de saúde, que passou a ser visto de forma mais abrangente:

a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (op. cit. 04).

Conforme o documento acima citado a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

Além disso, este relatório versa também sobre o direito à saúde que é entendido como:

(...) garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (idem).

Este relatório, com todas as afirmações nele inclusas serviu como instrumento de pressão política no contexto da Nova República. Além disso, embasou a discussão da Assembléia Nacional Constituinte em 1987/88 sendo reconhecido como um documento de expressão social. Após a referida Conferência, em 1986, segundo (Cordeiro 1988, *apud*, Bravo, 2007), o governo teve de assumir a bandeira de reforma sanitária, acoplando à política das Ações Integradas de Saúde (AIS) medidas nas áreas de habitação, saneamento, alimentação entre outras, obtendo com isso melhoria dos indicadores de mortalidade e morbidade vigentes no país.

Com a consolidação das AIS era necessária a constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Este surgiu como uma estratégia ponte na construção do SUS. Segundo (Baptista, 2005) O SUDS surgiu como uma proposta política formulada no interior da burocracia do INAMPS, contando com o apoio dos ministros da Previdência, da Saúde e da Educação. O referido sistema avançou na política de descentralização da saúde e, principalmente na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor. Deu prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização, e universalização da rede de saúde e retirou do INAMPS a soma de poder que ele centralizava.

Ao analisar a implantação deste sistema, Arouca (1988 *apud* Bravo, 2007) considera que a previdência social através do INAMPS fez uma das reformas administrativas mais corajosas no serviço público brasileiro, com a descentralização financeira e do poder de uma instituição que controlava tantos recursos. Por outro lado, salienta que a organização do SUDS colocou também riscos e problemas da maior seriedade devido ao processo de estadualização e municipalização acontecer sem ter sido criada uma condução única federal, uma inteligência competente que pudesse conduzir técnica e administrativamente este sistema. Ele é implantado num momento em que “a reforma tributária ainda não foi feita, e, na medida em que esses recursos são repassados sem possibilidade de controle, em alguns estados, poderão ser absorvidos em outras demandas.” (op. cit. 91).

Ao mesmo tempo em que o SUDS era implementado ocorria a discussão da Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88. (BAPTISTA, 2005). A VIII Conferência Nacional de Saúde, já havia definido aspectos fundamentais das modificações para o setor saúde. Era preciso, entretanto garantir as propostas e os conteúdos aprovados no evento, no texto constitucional. Destaca-se aqui o papel da constituinte, pois através dela pôde-se

vislumbrar um novo rumo para o país, que saía de uma estrutura autoritária para iniciar nas diretrizes democráticas. Para Bravo (2007) a constituinte marcou um dos momentos mais significativos do processo de transição, pois se tratava da definição dos princípios políticos que dariam forma à organização do poder do Estado e às relações entre Estado e sociedade civil. O que estava por trás do processo constituinte era a construção da legitimidade institucional-política do país.

Ainda de conforme a autora supracitada, a Assembléia Nacional Constituinte, quando instalada, optou em seu regimento por uma forma ousada e crítica de elaborar uma constituição, pois “Ao contrário dos processos, constituintes que tem um projeto inicial debatido com a sociedade, pretendeu-se partir do nada. Foram criadas subcomissões de trabalho, que deveriam ouvir a sociedade.” (op. cit. 92). “As forças da saúde (partidos e entidades) se mobilizaram para conseguir uma emenda, que foi acolhida pelo Senado e aprovada pelo plenário, criando uma subcomissão própria para a saúde, seguridade e meio ambiente.” (idem).

Chama-se atenção para o fato de a constituinte conseguir mobilizar setores da sociedade civil para participar de sua construção, considerando este um avanço em termos de cultura política democrática:

A constituinte conseguiu uma coisa inédita no Brasil: a sociedade apesar de precariamente organizada, mobilizou-se em certos setores e colocou no espaço público da política suas opções a respeito de questões cruciais. Esse é um avanço em termos de cultura política democrática, impressionante historicamente, pois as constituições anteriores foram elaboradas a partir de ‘notáveis’. (BRAVO, 2007, P. 78).

Nesta perspectiva, a mesma, ressalta a importância participação popular para assegurar que as demandas da VIII Conferência Nacional de Saúde do movimento sanitário fossem contempladas:

A presença popular e das entidades da área da saúde foi muito importante, possibilitando um debate com a sociedade com repercussões no relatório final da subcomissão, que se pautou nas orientações da VIII Conferência. Na subcomissão da Ordem Social, foi aprovado também um texto que contempla demandas do movimento sanitário e popular com relação à saúde. (Idem)

O debate constituinte foi acirrado e revelou resistências por parte dos prestadores de serviço privado do setor saúde e da medicina autônoma, além de conflitos de interesses entre os reformistas atrelados ao Ministério da Saúde e os reformistas da previdência social. No entanto, estas disputas de interesses não foram suficientes para barrar a aprovação do SUS e seus princípios, mas impediram a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma, por exemplo: o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e a unificação do sistema, dentre outras (Faria, 1997 *apud* Baptista, 2005).

Em 1988, a partir de todo este processo, é promulgada a Constituição Federal, chamada “Cidadã”, parafraseando Ulisses Guimarães. Nela os artigos 196-200 são dedicados à Saúde. Essa passa a ser um direito de todos e dever do Estado, de acordo com o texto constitucional: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais...” (Constituição Federal, 1988, Art.196). Diferentemente de como era vista antes, como um direito daqueles que poderiam pagar por ela, ou dos contribuintes da previdência social, ela passa (finalmente) a ser um direito garantido por lei maior devendo o Estado assegurá-la, sendo o Estado representado por meio dos entes federativos, como: União, Estados e Municípios, devendo este promover políticas sociais e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Além disso, ela inova no quesito “participação da comunidade” no seu artigo 198, inciso III. Embora verse sobre este item, no entanto, não expõe de que forma a população pode participar. O que só ocorrerá com a Lei Complementar 8.142/90.

O texto aprovado na Constituinte, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender a todas as demandas quando elas iam de encontro aos interesses dos setores empresariais, ou mesmo do próprio governo. Para Teixeira (1989) *apud* Bravo (2007) os principais pontos aprovados na nova constituição foram:

- O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/ não segurado, rural/urbano;
- As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;

- A constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção a instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantido ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- A proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

1.4 SUS: Princípios e Diretrizes

Posteriormente, em 1990 é promulgada a lei complementar 8.080 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). Este segue, de acordo com a Constituição Federal/1988, as seguintes diretrizes principais: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, abrangendo atividades assistenciais curativas e, prioritariamente, as atividades preventivas; e a participação da comunidade, ou seja, o exercício do controle social sobre as atividades e os serviços públicos de saúde.

Baseada nestas diretrizes constitucionais o SUS obedece, ainda, aos seguintes princípios de acordo com Baptista (2005):

Princípio 1 – “Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”: Consiste na garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos ou privados conveniados em todos os níveis do sistema, garantido por uma rede de serviços hierarquizada (do menor nível de complexidade para o maior) e com tecnologia apropriada pra cada nível.

Anteriormente ao SUS, o acesso aos serviços de saúde só estavam garantidos às pessoas que contribuía para o sistema de previdência e assistência social, que eram os chamados “beneficiários” ou “segurados”; as demais não tinham acesso, como já explicitamos anteriormente. A saúde no contexto constitucional não é mais um “seguro social” devendo ser satisfeito aos contribuintes. Assim, para o SUS, todo o cidadão é igual e será atendido

conforme suas necessidades até o limite que o sistema pode oferecer para todos. Este é o princípio fundamental da reforma.

Princípio 2 – “Integralidade da assistência”: é entendida “como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema;” (Brasil, MS, 2007), devendo o sistema de saúde proporcionar ao indivíduo e a coletividade, as condições de atendimento, de acordo com as suas necessidades.

Esse princípio, de acordo com Carvalho & Santos (2006), deve ser entendido combinadamente com o princípio da “igualdade da assistência” (inciso IV), pois a igualdade da assistência combina de forma harmônica e igualitária as ações e serviços de saúde preventivos com os assistenciais ou curativos. No antigo sistema de saúde havia uma separação entre as ações e os serviços de cunho preventivos com os assistenciais e os curativos. As primeiras eram realizada pelo Ministério da Saúde e a segunda, realizada pelo ministério da Previdência e Assistência Social com as ações e serviços assistenciais executados pelo INAMPS. Segundo Baptista (2005) surgiu uma proposta de integração destas ações, com o argumento de que tanto as ações individuais e coletivas eram necessárias e imprescindíveis para a garantia da saúde da população. A partir daí foi criado um novo Ministério da Saúde (MS) que reunia as suas antigas funções mais as funções do INAMPS, bem como houve a necessidade de articulação dos diferentes níveis de governo (federal, estadual, municipal) e de atenção (primária, secundária, terciária) para a organização das políticas de saúde. Só para entender melhor, os níveis de atenção podem ser denominados como: atenção básica, média complexidade, alta complexidade. A **atenção básica** ou primária seria a chamada “porta de entrada” dos pacientes no SUS destina-se ao primeiro atendimento no sistema. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. A atenção básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. A **média complexidade** ou secundária é composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: 1) procedimentos especializados

realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumato-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnose; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia. E a **alta complexidade** (terciária/quartenária) concentra os procedimentos de alta tecnologia e alto custo objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "redes", são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida.

Com o princípio da integralidade da assistência, o Estado compromete-se na garantia a todo e qualquer tipo de atenção à saúde, do mais simples ao mais complexo (da vacina ao transplante).

Princípio 3 – “Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo”: Considerado por Carvalho & Santos (2006) como a espinha dorsal do Sistema Único de Saúde, visto que anteriormente ao SUS, as ações e serviços de saúde estavam centralizados na União à qual comprometia a sua regulamentação e execução. Com a constituição de 1988, que consagrou a descentralização política das ações e dos serviços de saúde (fixando a repartição de competências entre as entidades estatais), a execução desses serviços e ações, antes feita por força de convênio, passou a constituir dever de cada esfera de

governo, possuindo tais esferas, portanto, os poderes e instrumentos correspondentes derivados do texto constitucional e infraconstitucional. Dessa forma, coloca o responsável pela ação próximo ao fato.

Segundo Baptista (2005) a descentralização é assimilada como uma estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais, além disso, esta se apresentou como uma estratégia de democratização porque possibilitaria à população um maior controle e acompanhamento das ações públicas. Desse modo a população pode interferir de forma mais efetiva no processo de formulação da política. O princípio da descentralização exige um novo formato na organização da política. A partir daí apresentam-se as ‘diretrizes do SUS’ ‘Regionalização’ e ‘Hierarquização’ dos serviços, com a organização de um sistema de referência e contra-referência, incorporando os diversos níveis de complexidade do sistema (primário, secundário, terciário). Entendem ainda Carvalho & Santos (2006) que esses são conceitos e formas organizativas do Sistema Único de Saúde que se imbricam para operá-lo com racionalidade de meios e fins e, nesse sentido, instrumentalizam o processo de planejamento das ações e serviços de saúde.

A regionalização, de acordo com os autores supramencionados, seria a distribuição espacial de serviços de saúde, de qualquer nível de complexidade, organizados para atender a população de uma região, o que exige simultaneamente a hierarquização desses níveis, cada qual com resolutividade própria. Mas não se restringe somente à distribuição espacial dos serviços, seria também organizá-los com o devido suporte, com suficiência de recursos e poder decisório definido sempre de acordo com as necessidades daquela população. Segundo Baptista (2005) regionalizar implica um melhor conhecimento, por parte de estados e municípios dos problemas sociais e de saúde de suas localidades para que se possa implementar uma política de saúde condizente com as necessidades da população. Quem passa a decidir as prioridades de cada região é o gestor, que leva em consideração as características geográficas, o fluxo da demanda, o perfil epidemiológico, a oferta de serviços e as necessidades expressas pelos usuários.

A ‘hierarquização’, conforme Baptista (2005) segue a mesma lógica, organizando a rede de saúde a partir dos níveis de complexidade dos serviços e de acordo com as realidades local e regional. A referência e a contra-referência funcionam como os elos dessa rede. Quando um município ou um serviço de saúde não tem condições de atender um determinado problema de saúde deve remetê-lo a outra unidade (referência), com capacidade de resolução do problema apresentado. A contra-referência significa o ato de encaminhamento de uma

paciente ao estabelecimento de origem (que o transferiu) após a resolução da causa responsável pela referência.

A autora ressalta que com o princípio da descentralização e as diretrizes de regionalização e hierarquização, apresenta-se uma proposta de organização e gestão do sistema de saúde, no entanto, “a proposta só se concretiza com sucesso se há solidariedade e cooperação entre governantes (das três esferas de governo), transparência e democratização decisória.” (op. cit. 35)

Princípio 4 – “Participação da comunidade”: Diz respeito à garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas públicas e do controle de sua execução. Este princípio condiz com o momento político de redemocratização vivido pelo país e a capacidade de articulação do movimento social no contexto da saúde.

A respeito deste último princípio, a lei complementar nº 8.142/90, irá dispor sobre as formas de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Diz que as Conferências devem ser realizadas a cada quatro anos (em cada esfera de governo). E os conselhos também devem existir em cada esfera de governo. A respeito deste, dispõe a respectiva lei:

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 8.142,1990)

O principal avanço em relação a este princípio foi o estabelecimento de um canal permanente de relação entre o gestor e a população representada de forma paritária nos conselhos, possibilitando maior transparência no processo decisório.

Para melhor entendimento desde princípio e aprofundamento do mesmo, faz-se necessário entendermos minimamente o Controle Social no eixo Estado *versus* Sociedade Civil, no contexto brasileiro pós-constituente e também para maior enriquecimento do trabalho, na voz dos sujeitos da pesquisa.

1.5 O Controle Social e sua relação com o Estado e a Sociedade Civil.

O termo ‘Controle Social’ tem sofrido ao longo do tempo várias modificações decorrentes da própria concepção que se adota de Estado e sociedade civil. Na sociologia clássica, por exemplo, o termo ‘controle social’ é utilizado para identificar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade, submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Esse termo é entendido nesta perspectiva como mecanismo mantenedor da ordem como o “conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem.” (MANNHEIM, 1971 *apud* CORREIA, 2005, p.48). Já Carvalho (1995) *apud* Correia (2005) recuperando as idéias de Durkheim concebe o controle social como algo conquistado por meio da intensidade das obrigações ou pressões morais criadas no indivíduo pela sociedade. Na concepção deste autor, a sociedade estaria ameaçada de destruição pela irracionalidade humana, devendo ser protegida por esta estrutura normativa obrigatória e efetiva. Percebe-se que ambas as concepções apresentam o controle social com um caráter coercitivo em que esse é exercido para manutenção da ordem social.

Já no entendimento da ciência política, a expressão ‘controle social’ pode ser entendida de maneira diferente de acordo com a concepção de Estado e sociedade. Partindo desse pressuposto, conforme Correia (2005), a definição de controle social se constrói no eixo da relação entre o Estado e a sociedade civil. Esta autora apresenta duas concepções que são básicas para o debate proposto. A primeira é a que entende o controle social como o Estado controlando a sociedade. Segundo essa, o Estado controla a sociedade em favor dos interesses da classe dominante, implementando políticas sociais para amenizar os conflitos de classe. Por trás desta perspectiva está a concepção de “Estado Restrito”¹, ou seja, a de Estado como administrador dos negócios da classe dominante. Nesta perspectiva, podemos afirmar que a economia capitalista necessita de formas de controle social que garantam o consenso social para que a ordem do capital seja aceita da melhor maneira possível pelos membros da sociedade. Além disso, essa conta também com o apoio do Estado e suas instituições que teriam o monopólio do controle social para manter a ordem atual difundindo a ideologia dominante e interferindo no cotidiano e na vida dos indivíduos fazendo com que estes internalizem as normas e comportamentos legitimados socialmente. Assim, as instituições

¹ Conforme sinaliza Correia (2005) esta denominação sobre o Estado foi dada por Marx, por estar este a serviço de uma só classe, a burguesa. Essa concepção está expressa no “Manifesto do Partido Comunista” (Marx & Engels), de 1848.

estatais implementadoras de políticas e de programas sociais e a maioria das organizações existentes na sociedade civil, inclusive as instâncias participativas, fariam parte desses mecanismos de controle social em busca do consenso em torno da reprodução do capital.

A segunda concepção, ainda segundo Correia (2005), entende controle social como controle da sociedade (ou de setores organizados da sociedade) sobre as ações do Estado. Neste ponto de vista, a sociedade tem a possibilidade de controlar as ações do Estado em benefício das classes subalternas. Por trás deste pensamento está a concepção de “Estado Ampliado” baseado em Gramsci (que será trabalhado no decorrer deste texto). Podemos inferir que o Estado nessa, é visto como um espaço contraditório que, apesar de representar hegemonicamente os interesses da classe dominante, incorpora demandas das classes subalternas. Assim, o campo das políticas sociais, portanto, apresenta-se de forma contraditória, pois através dessas o Estado controla a sociedade, ao mesmo tempo em que incorpora suas demandas. E neste campo contraditório nasce um novo conceito de controle social que seria a “atuação de setores organizados na sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às necessidades e demandas sociais e aos interesses da coletividade.” (CORREIA, 2005, p. 49). Assim, o controle social seria realizado por setores organizados na sociedade civil sobre as ações do Estado para que este responda aos interesses e às necessidades das classes subalternizadas, ou seja, de boa parte da população.

Para subsidiar teoricamente o debate, é necessário inserir o controle social no eixo Estado e sociedade civil onde ele se processa. Aqui irá se trabalhar estas concepções resumidamente baseado na teoria gramsciana. Gramsci desenvolve uma concepção ampliada de Estado, ou de acordo com Coutinho (1989), entende que a “Teoria Ampliada do Estado” ou “Estado em sentido amplo” comporta duas esferas principais:

a sociedade política (que Gramsci também chama de “Estado em sentido estrito” ou de “Estado-coerção”) que é formada pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência, que se identifica com os aparelhos de coerção sob o controle das burocracias executiva e policial-militar; e a sociedade civil, formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão da ideologias, compreendendo o sistema escolar, as Igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações de profissionais, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa), etc. (COUTINHO, 1989, p.76-77)

Observamos que o Estado para Gramsci apresenta duas dimensões a sociedade política e sociedade civil. Onde a incorporação da sociedade civil seria uma inovação em relação à primeira perspectiva de Estado (Estado Restrito). De acordo com Coutinho (1994) *apud* Correia (2005) foi a partir da percepção da socialização da política que permitiu a Gramsci elaborar uma teoria marxista ampliada do Estado. Portanto, o Estado em Gramsci é ampliado, pois incorpora a sociedade civil, além da sociedade política, com seus aparelhos de hegemonia que mantêm o consenso, ou seja, “Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantêm seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados” (GRAMSCI, 2000 *apud* CORREIA, 2005, p. 50). Em Gramsci não há uma distinção entre Estado e sociedade civil, mas uma unidade orgânica: “por ‘Estado’ deve-se entender, além do aparelho de governo, também o aparelho ‘privado’ de hegemonia ou sociedade civil” (GRAMSCI, 2000 *apud* CORREIA, 2005, p. 51).

A concepção de sociedade civil que tem prevalecido no cenário contemporâneo é de inspiração liberal, onde há uma dicotomia entre Estado e sociedade civil. Diferentemente do conceito de sociedade civil em Gramsci que de acordo com Coutinho (2002) *apud* Correia (2005) tem uma dimensão claramente política, como espaço de luta de classes pela hegemonia e pela conquista do poder político por parte das classes subalternas. O pensamento gramsciano tem como eixo de análise da realidade o princípio da totalidade, que subverte os princípios do determinismo econômico, do politicismo, do individualismo e do ideologismo, e estabelece uma articulação dialética entre estrutura e superestrutura – economia, política e cultura – concebendo a realidade como síntese de múltiplas determinações. A respeito deste princípio, Correia (2005) utiliza-se de Simionatto (1998) para reforçar que o predominante para explicar a realidade social através do pensamento de Gramsci é o princípio da totalidade e não o predomínio de questões políticas, econômicas ou culturais, no entanto o referido princípio leva em conta as especificidades e determinações desses momentos parciais e seus encadeamentos recíprocos. Ressalta ainda no pensamento gramsciano sobre o novo nexos que este estabelece entre economia e política, entre sociedade civil e sociedade política que são esferas constitutivas do conceito de Estado ampliado e, segundo ela, conferem originalidade ao pensamento de Gramsci. A partir deste nexos, pode-se afirmar que na perspectiva gramsciana não existe neutralidade no Estado, pois “a unidade histórica das classes dirigentes acontece no Estado e a história delas é, essencialmente, a história dos grupos de Estados” (Gramsci, 2002 *apud* Correia, 2005, p. 52).

A sociedade civil é o lugar onde se processa a articulação institucional das ideologias e dos projetos classistas. Ela expressa a luta, os conflitos e articula contraditoriamente, interesses estruturalmente desiguais. Nesta perspectiva teórica o suporte da análise é uma visão de sociedade integrada por classes sociais antagônicas, que se confrontam, travam um embate na defesa de seus interesses que são contraditórios. Assim, esta sociedade civil não é homogênea, é sim espaço de lutas e de interesses contraditórios. As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de setores que representam os interesses do capital e do trabalho (ou de desdobramentos dessa contradição) na sociedade civil e no Estado em busca da hegemonia. A sociedade civil tem como esfera da totalidade social um potencial transformador, visto que nela também se processa a organização dos movimentos sociais que representam os interesses das classes subalternas na busca da ‘direção político-ideológica’. Dessa forma, na sociedade civil de Gramsci, estão presentes tantos os interesses das classes dominantes representados pelos seus aparelhos privados de hegemonia que são os meios de comunicação, escola, associações, entre outros; como também os interesses das classes subalternas na busca de construir sua hegemonia. Para Correia (2005) tratar a sociedade civil como homogênea seria desconectá-la da base material, ou seja, das relações sociais de produção do todo social, pois são as contradições que emanam dessa base que se expressam e se confrontam na sociedade civil. Deste modo, pode-se afirmar que a diversidade dos interesses que compõem a sociedade civil é o reflexo da diversidade das classes que compõem as relações sociais de produção.

Partindo desta perspectiva gramsciana de Estado que se amplia, com sua função de manutenção do consenso de uma classe sobre a outra, através dos aparelhos privados da sociedade civil, “o controle social acontece na disputa entre as classes para obtenção de hegemonia na sociedade civil e pela imposição de seus interesses na condução do Estado” (CORREIA, 2005, p. 54). O controle nesta perspectiva seria o das classes e seria movido pelo caráter contraditório da sociedade civil, ora pendendo para a classe dominante, ora para as classes subalternas, dependendo da correlação de forças entre essas.

Procuramos assim, ao utilizar do aparato teórico de Gramsci para analisar a relação Estado/sociedade civil, de certa forma qualificar a expressão controle social. Deve-se ressaltar a função ampliada de Estado, que na condição de mantenedor da hegemonia dominante incorpora interesses das classes subalternas. É na luta para a incorporação desses interesses que se abre a possibilidade de “as organizações das classes subalternas, presentes na

sociedade civil, controlarem de alguma forma as ações do Estado e, conseqüentemente, influenciarem na alocação dos recursos públicos” (CORREIA, 2005, p.54).

Para que haja este controle do Estado por parte das classes subalternas é importante o destaque de Teixeira (2001) no sentido de que o controle social e seu exercício requerem a organização da sociedade civil e sua estruturação e capacitação para este fim, de forma permanente, em múltiplos espaços públicos, antes e durante a implementação das políticas, tendo como parâmetros não apenas variáveis técnicas, mas também exigências de equidade social e aspectos normativos.

A partir desta organização da sociedade, bem como sua estruturação e capacitação, na perspectiva das classes subalternas, conforme Correia (2005), o controle social deve se constituir de modo que essas formem cada vez mais consensos na sociedade civil em torno do seu projeto de classe para que possam superar a racionalidade capitalista e se tornar protagonista da história.

1.6 Controle Social no Brasil: Contexto Pós-Constituinte

A temática do controle social tomou vulto no Brasil a partir do processo de redemocratização na década de 80 e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988 e legislações posteriores, nela incluídas as Leis Orgânicas: Os Conselhos gestores – instancias colegiadas de caráter permanente e deliberativo com composição paritária, entre os representantes dos segmentos dos usuários e os demais segmentos – e as conferências setoriais que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para as políticas específicas nas três esferas de governo. “Essa participação tomou a direção de controle social abalizar pelos setores progressistas da sociedade civil, ou seja, de controle por parte dos segmentos organizados sobre as ações do Estado” (CORREIA, 2005, p.55) para que este pudesse atender cada vez mais os interesses da maioria da população em oposição ao período anterior (ditadura militar) em que imperava o controle exclusivo do Estado sobre a sociedade, sem interlocução e mediante o impedimento de sua expressão.

No final da década de 70, a área da saúde foi a primeira a ingressar neste processo, devido ao avanço político das discussões vinculado à organização do Movimento de Reforma Sanitária, que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos políticos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo ‘médico-assistencial privatista’ para

um Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade.

Tendo em vista estes fatores torna-se necessário qualificar o termo controle social, enquanto prática social que os conselhos, as conferências e a sociedade civil neles representados se propõem a desenvolver. Vários autores vêm trabalhando este tema na vertente das políticas sociais.

O controle social seria uma expressão de uso recente, segundo Carvalho (1995) *apud* Correia (2005) corresponde a uma moderna compreensão Estado-sociedade, em que esta deve estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele, para que se possa assegurar políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, ou seja, da maioria da população, e não somente dos setores mais privilegiados. Na avaliação deste autor os conselhos têm uma representatividade muito mais política do que social, expressando uma coerência entre a composição e o projeto político que os inspiraram. Para ele os conselhos se apropriam de parcela do poder de governo e devem usá-lo a favor da proposta de reforma democrática do sistema e da ampliação de seu espaço político.

Dessa forma o termo controle social vem sendo utilizado para designar a participação da sociedade prevista na legislação do SUS, e seu exercício caberia aos conselhos de saúde por meio da deliberação sobre as políticas de saúde a serem implementadas, bem como o monitoramento de sua implementação. (COHN, 2000 *apud* CORREIA, 2005). Partindo também do aspecto legal, corrobora Bravo (2007) afirmando que o sentido do controle social inscrito na constituição de 1988 é:

a participação da sociedade civil na elaboração, implantação e fiscalização das políticas públicas de maneira que se compreenda que o público deve ser expressão do conjunto de necessidades apresentadas pelos diferentes segmentos da sociedade. (op. cit.33)

Além disso, considera os conselhos de saúde como:

Inovações ao nível da gestão das políticas sociais que procuram estabelecer novas bases de relação Estado-Sociedade com a introdução de novos sujeitos políticos na construção da esfera pública democrática. (BRAVO, 2002 *apud* CORREIA 2005, p. 57).

A autora supracitada inscreve o controle social no processo de democratização do Estado por meio da participação na gestão das políticas públicas e entende os conselhos como espaços de tensão entre interesses contraditórios.

Ainda no campo da política social, Raichelis (2000) *apud* Correia (2005) entende o controle social como um dos elementos constitutivos da esfera pública, implicando o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, viabilizando a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os diferentes interesses em jogo, também diz respeito à fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados.

Souza (2004) faz uma inferência no mesmo sentido de Raichelis (2000) dizendo que os conselhos são espaços estratégicos de participação coletiva e de criação de novas relações políticas entre governos e cidadãos, proporcionando um processo de interlocução permanente, que ora objetiva a proposição de políticas e a criação de espaços de debate públicos; e ora visa ao estabelecimento de mecanismos de negociação e pactuação, permitindo a penetração da sociedade civil na lógica burocrática estatal para transformá-la, visando exercer o acompanhamento das ações e deliberações governamentais.

Por sua vez, Correia (2005) parte de uma análise gramsciana do Estado ampliado considerando o campo das políticas sociais como contraditório, pois acredita que por meio delas o Estado controla a sociedade, ao mesmo tempo em que apreende que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos dele na direção dos interesses da maioria da população. Isso implica o controle social sobre o fundo público. Considera este controle relevante para a construção e/ou ampliação da esfera pública. Isto significa que, através do mecanismo de controle social, a população organizada poderá interferir para que o fundo público seja cada vez mais aplicado em gastos sociais com bens e serviços públicos.

Entendemos que a concepção de Correia diverge da nossa no sentido de que restringe a complexidade do termo controle social ao controle sobre os gastos públicos, ou seja, a sociedade civil orientando e fiscalizando os gastos públicos. É claro que os contribuintes (sendo eles conselheiros ou não) devem estar atentos para que não haja desvios de recursos e para que eles sejam aplicados corretamente. Compreendemos, entretanto, que o controle social vai além do controle sobre os gastos públicos, por isso adotaremos aqui a concepção de

controle social apresentada por Bravo (2007, p. 33) “a participação da sociedade civil na elaboração, implantação e fiscalização das políticas públicas”. Este conceito está em conformidade com a nossa forma de apreensão do significado de controle social, de seu papel imprescindível na sociedade, pois envolve a participação da sociedade desde o processo de construção da política até sua implantação e fiscalização, para que esta política seja adequada às necessidades da maioria da sociedade.

De forma similar a que fizemos na introdução e no Capítulo I desse trabalho, passaremos a inserir na seqüência análises referentes à pesquisa empírica efetivada. Com o objetivo de captar qual a compreensão dos conselheiros sobre o significado de controle social, na elaboração do instrumental da pesquisa oferecemos como opção de resposta a compreensão do controle social que adotamos de Bravo (2007) e, por unanimidade os entrevistados entendiam de forma diferenciada o significado de controle social, a saber:

Dos entrevistados, 100% tanto conselheiros representantes do governo e profissionais/trabalhadores da saúde, quanto representantes dos usuários, optou por outra opção de resposta que não as previamente estabelecidas. Dentre as respostas temos dentre o segmento do governo: “deliberar sobre as ações de saúde”, “discussão sobre algum tema (relacionado à política de saúde)”, “conhecer a legislação pertinente ao setor (saúde)”, “ter disponibilidade de tempo”. No segmento dos usuários: “luta por direitos (saúde)”, “reivindicar melhorias”, “participar do controle das políticas de saúde do Estado”, “controlar a coisa pública (recursos públicos)”, “ser bem atendido num estabelecimento de saúde”, “luta por direitos” (cidadania). No segmento dos trabalhadores e profissionais da saúde: “Acompanhamento, monitoramento e avaliação de políticas”, “propor políticas”, “Usufruir dos direitos; ser cidadão ser democrático”, “conhecer as leis e reivindicá-las.” Vale ressaltar que 30% dos entrevistados assinalou como atribuição do controle social a fiscalização e 20% deles, a elaboração de políticas públicas.

Percebemos no segmento dos usuários e parte dos profissionais/ trabalhadores da saúde o entendimento do controle social numa perspectiva de cidadania, ou seja, de conhecimento das leis e reivindicação das mesmas para benefício da população, e também para melhoria do atendimento de saúde. Ao mesmo tempo observamos também, que há uma disposição entre os conselheiros entrevistados em participar do controle das políticas públicas (em especial a de saúde) e dos gastos públicos.

No segmento governamental, não se vê este caráter reivindicatório, mas fiscalizador, de decidir sobre as políticas de saúde, de discutir sobre elas. Chega-se a mencionar sobre o conhecimento da legislação, no entanto não se vê um posicionamento no sentido de fazer com que os direitos garantidos na legislação realmente se efetivem na prática.

Em parte, os profissionais da saúde estão divididos. Uma parte se assemelha aos usuários, com relação ao entendimento de que cabe ao controle social uma dimensão reivindicatória de luta pelos direitos, cidadania; outra parte se assemelha ao segmento governamental, mas vai mais além, no sentido de estar mais perto da política de saúde, avaliando-a, monitorando-a e principalmente propondo e elaborando políticas de saúde.

CAPÍTULO II

CONSELHO DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAZONAS (CES-AM)

No presente capítulo será apresentado, inicialmente, o *locus* da pesquisa com base no Regimento Interno (R.I), observações de campo e dados fornecidos pelo próprio Conselho Estadual de Saúde (CES). Em relação a sua lei de fundação e ao seu funcionamento serão destacados aspectos referentes à composição, organização e seu trabalho cotidiano. A análise do Regimento Interno do CES será efetivada em contraposição à Resolução nº 333/ 2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Leis Orgânicas da Saúde LOS (8.080/90 e 8.142/90). Além disso, como enunciado na introdução deste trabalho, abordaremos a visão dos

conselheiros a respeito do conselho e de sua própria atuação, conforme as informações obtidas na pesquisa de campo.

2.1 CES-AM: Desvelando essa Instituição e seus fundamentos

De acordo com o seu regimento interno (R.I), no art.º 01, o Conselho Estadual de Saúde do Amazonas - CES-AM é um órgão de instância colegiada e deliberativa e de natureza permanente, criado pela Lei nº 2.211 de 17 de maio de 1.993, no governo de Gilberto Mestrinho. Contava na época com 28 conselheiros. Foi reorganizado pela Lei nº 2.731 de 26 de dezembro de 1.995, de conformidade com as disposições estabelecidas na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1.990, Lei nº 8.080, Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1.992, do Conselho Nacional de Saúde, Decreto Estadual nº 17.017 de 26 de fevereiro de 1996, alterado pelo Decreto nº 22301 de 13 de novembro de 2001, tem por finalidade regulamentar a competência, as atribuições, a organização e o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde nos termos da Lei, preconizando:

- I - atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, em nível Estadual;
- II - estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos de Saúde, em função das características epidemiológicas, e da organização dos serviços: demográfica, logística e socioeconômicas;
- III - propor, acompanhar e avaliar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde;
- IV - aplicar os critérios e valores para remuneração de serviços e parâmetros de cobertura assistencial estabelecidos pela Direção Nacional do SUS;
- V - propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;
- VI - apreciar e referendar previamente os contratos e convênios referidos no inciso anterior;
- VII - acompanhar o processo de desenvolvimento, incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos e compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do Estado, e
- VIII - aprovar o planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde;
- IX - participar na elaboração e aprovar o Plano Estadual de Saúde;
- X - aprovar a organização e as normas de funcionamento do próprio Conselho;

- XI - definir diretrizes e fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do SUS, alocados ao Fundo Estadual de Saúde;
- XII - estabelecer diretrizes e aprovar parâmetros estaduais quanto à política de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde;
- XIII - opinar sobre os Planos Municipais de Saúde, encaminhados pelos respectivos Conselhos;
- XIV - opinar e decidir sobre impasses ocorridos nos Conselhos Municipais de Saúde, na condição de instância de recursos do Sistema Único de Saúde.
- XV - apoiar sistematicamente os conselhos municipais de saúde, visando a formulação e realização de diretrizes básicas comuns e a conseqüente otimização do Controle Social.
- XVI - propor a convocação e estruturar a Comissão Organizadora das Conferências Estaduais de Saúde.
- XVII - divulgar periodicamente as deliberações do CES/AM em informativo ou similar próprio.
- XVIII - promover a Capacitação de Conselheiros de Saúde do Estado do Amazonas.

2.1.2 Composição

O conselho de saúde é composto por 16 (dezesseis) membros efetivos e respectivos suplentes, (sendo que cada membro tem dois suplentes) representantes das entidades abaixo:

I - ENTIDADES REPRESENTATIVAS DO GOVERNO, DOS PRESTADORES DE SERVIÇO E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Secretaria de Estado da Saúde - SUSAM
2. Ministério da Saúde - MS
3. Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS
4. Secretaria Municipal de Saúde da Capital - SEMSA
5. Estabelecimentos e Serviços de Saúde não Governamental
6. Conselhos e Associações dos Profissionais da Área de Saúde
7. Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Área de Saúde do Amazonas
8. Representante da Universidade Federal do Amazonas.

II - ENTIDADES REPRESENTATIVAS DOS USUÁRIOS

1. Centrais Sindicais

2. Federações Patronais
3. Programa Estadual de Proteção e Orientação ao Consumidor - PROCON
4. Representantes dos Portadores de Deficiência Física do Estado do Amazonas
5. Instituições que se destinam à Proteção e a assistência de Portadores de Doenças Crônico-Degenerativas
6. Federação das Associações Comunitárias do Estado do Amazonas
7. Representante dos Aposentados e Pensionistas do Estado do Amazonas
8. Representante dos Povos Indígenas.

2.1.3 Organização

O Conselho Estadual de Saúde tem a seguinte organização: Presidência, Plenário, Câmaras Técnicas e Comissões Temporárias e Secretaria Executiva.

À Presidência incumbe a direção do conselho estadual de saúde e das sessões plenárias. Para auxílio da presidência foram criadas as seguintes funções que juntamente com a presidência compõe a chamada mesa diretora. São elas:

- Vice-Presidente;
- 1º Secretário;
- 2º Secretário;

Para as funções acima referenciadas, o plenário escolhe dentre seus membros os que as ocuparão, sendo que cada um tem um mandato de dois anos da Lei podendo ser reconduzido. Este conselho de saúde, de acordo com o seu regimento, é presidido pelo Secretário Estadual de Saúde. Na ausência deste, o substituirá o seu representante legal quando no exercício do cargo. Na ausência simultânea do presidente e seu representante, assumirá o Vice-Presidente. Quando este último não puder assumir o 1º Secretário, e na ausência deste o 2º Secretário. E na ausência de todos os referidos anteriormente a presidência será exercida pelo conselheiro mais antigo no plenário.

O Plenário do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas é o órgão de deliberação plena e conclusiva, configurado por reuniões Ordinárias e Extraordinárias dos Conselheiros.

- Reuniões plenárias:

As reuniões plenárias são dirigidas por uma mesa diretora composta do presidente e secretários. O CES-AM reúne-se ordinariamente uma vez ao mês (especificamente na última terça-feira de cada mês) e extraordinariamente quando convocado pelo presidente ou em decorrência de requerimento de 2/3 de seus membros. As reuniões são realizadas com a presença 50% + 1 (Cinqüenta por cento mais um) de seus membros. Os trabalhos do plenário obedecem a seguinte ordem:

- a) abertura e verificação do número de presentes, que deverá ocorrer em 02 (duas) chamadas, com intervalo máximo de 15 (quinze) minutos;
- b) a duração deve ter o tempo máximo de 3 (três) horas;
- c) leitura, discussão e aprovação da Ata da reunião anterior;
- d) comunicações;
- e) discussão e deliberação dos assuntos em pauta;
- f) distribuição de processos para as câmaras ou comissões;
- g) o que houver.

Os membros do CES-AM deverão ser informados dos assuntos das reuniões ordinárias com antecedência de 05 (cinco) dias. As reuniões extraordinárias devem ser convocadas no prazo mínimo de 48 (Quarenta e oito) horas, através de comunicação oficial. Os assuntos incluídos na pauta, que por qualquer motivo não tenham sido objeto de discussão e de deliberação, deverão constar, prioritariamente da pauta da sessão ordinária seguinte. Os Processos serão encaminhados pela Mesa Diretora aos membros das Câmaras Técnicas e aos das Comissões Temporárias. Por determinação de maioria simples dos conselheiros, o Plenário poderá apreciar e deliberar sobre matéria estranha a ordem do dia, desde que justificada a urgência e/ ou relevância.

2.1.4 Deliberação e Resolução

De acordo com o Regimento Interno do CES-AM a vigência das Resoluções só ocorrerá após a homologação do Governador do Estado ou do Secretário de Estado da Saúde, por força de delegação, e conseqüente publicação no Diário Oficial do Estado; Devem ser homologadas apenas as deliberações normativas que impliquem a adoção de medidas administrativas da alçada privativa do dirigente do SUS, tais como: questões ligadas à reorganização administrativa, à aprovação do plano de saúde, a fixação de critérios e diretrizes da política de saúde, modificação de programas, prestação de contas, etc. As

Resoluções serão publicadas no Diário Oficial do Estado no prazo de até 21 (vinte e um) dias, a partir da data de aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde.

O artigo 15º do R.I dispõe que o conselho deve deliberar sobre:

- I - diretrizes técnicas;
- II - critérios, padrões e parâmetros assistenciais;
- III - criação de comissões intersetoriais e permanentes;
- IV - normas próprias de funcionamento e das Conferências de Saúde.

As Câmaras Técnicas e Comissões Temporárias constituídas de força do Art. 12 da Lei nº 8.080/90, criadas e estabelecidas pelo Plenário do Conselho Estadual de Saúde, têm por finalidade articular políticas e programas de interesse para saúde cujas execuções envolvem áreas não integralmente compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, em especial:

- a) Recursos Humanos;
- b) Política, Gestão e Planejamento;
- c) Financiamento.

As Câmaras Técnicas e Comissões, instâncias de natureza técnica, permanente ou provisória, criadas e estabelecidas pelo Plenário do Conselho Estadual de Saúde com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

- **Composição e Funcionamento**

Conforme o artigo 18º do R.I as Câmaras Técnicas e Comissões serão constituídas por membros definidos pelo Conselho, contando cada membro com respectivo suplente, que o substituirá nos seus impedimentos, ambos indicados pelo Plenário do Conselho Estadual de Saúde e designados pelo Presidente do Conselho. As Câmaras e Comissões serão dirigidas por um Coordenador designado pelo Plenário, que Coordenará os trabalhos, com direito a voz e voto.

A constituição e o funcionamento de cada Câmara e Comissão serão estabelecidos em Resolução própria e deverá estar embasada na explicitação de suas finalidades, objetivos, componentes, atribuições e demais regras que identifiquem claramente sua natureza. Em decorrência de justificativas de natureza técnica, por sugestão do Conselho ou de outros

órgãos de saúde e após aprovação prévia do Plenário do Conselho Estadual de Saúde, outras Câmaras ou comissões poderão ser vinculadas ao Conselho Estadual de Saúde. As Câmaras Técnicas e Comissões Temporárias deverão entregar à Secretaria Executiva no prazo de 15(quinze) dias, os seus pareceres para que possam ser incluídos na próxima reunião ordinária.

Atualmente existem no âmbito do conselho pesquisado as seguintes Câmaras Técnicas, Comissões e Comitê. A saber:

- Câmara Técnica de Gestão, Política e Planejamento (CT-GPPI)
- Câmara Técnica de Recursos Humanos (CT-RH)
- Câmara Técnica de Financiamento (CT-F)
- Câmara Técnica de Alta e Média Complexidade (CT-AMC)
- Comitê Estadual de Aleitamento Materno (CEAM)
- Comissão Estadual de Comunicação e Informação e Saúde (CECIS)
- Comissão Estadual de Prevenção ao Óbito Materno-Infantil (CEPOMI)
- Comissão Estadual de Saúde Bucal (CESB)
- Comissão Estadual de Saúde Mental (CESMA)
- Comissão Estadual de Saúde Ocular (CESO)
- Comissão Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (CESPI)
- Comissão de Ouvidoria (COUV)
- Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST)

Conforme o Calendário Geral de Reuniões de 2009, fornecido pelo conselho pesquisado, somente as Câmaras Técnicas de “Gestão Política e Planejamento” e “Financiamento” e a “Comissão Estadual de Comunicação e Informação em Saúde” tinham no calendário datas pré-estabelecidas das reuniões que ocorreriam, geralmente nos inícios dos meses, no decorrer do ano acima referenciado.

No presente ano, tivemos acesso somente à ata de uma reunião (Janeiro/2010), da Comissão Estadual de Saúde Mental (CESMA) que discutiu nesta a necessidade de uma nova composição com inclusão de novas instituições, tendo em vista o final do mandato da gestão anterior, preparação e operacionalização das Conferências Municipais e Estadual de Saúde Mental, e o estabelecimento do calendário de reuniões, ficando as mesmas para serem realizadas todas as primeiras terças-feiras de cada mês às 9 horas da manhã no Auditório

Englantina Rondon, na Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM). No tocante ao Regimento Interno da comissão, tivemos acesso somente à versão preliminar do R.I da Comissão Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (CESPI). A respeito das demais, tivemos informações incompletas do período que não compreende este projeto (2006-2008).

Por último, à Secretaria Executiva cabe acompanhar a execução das deliberações do Conselho, dar apoio administrativo, suporte técnico e também estar exclusivamente a serviço do Conselho de Saúde. Conforme o R.I a Secretaria Executiva, com relação ao seu apoio administrativo, deve ter a seguinte estrutura: deve ser dirigida por um Secretário-Executivo; as Seções, por Chefes, cujos cargos ou funções providas na forma da legislação pertinentes e havendo necessidade os ocupantes das funções previstas anteriormente serão substituídos, em suas faltas ou impedimento, por servidores por eles indicados e previamente designados, pelo Presidente e Homologado pelo Conselho.

2.1.5 Regimento Interno x Resolução nº 333/2003 do CNS e LOS

É importante destacar alguns aspectos em relação ao R.I do conselho à luz da legislação que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde que é a Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e nº 8.142/90).

Em primeiro lugar, com respeito à presidência do referido conselho, no R.I reza que esta deve ser exercida pelo secretário estadual de saúde, notamos aqui que há um desacordo entre o R.I do CES-AM e a recomendação da Resolução nº 333/2003 do CNS, pois na resolução referenciada, em sua terceira diretriz estabelece que o presidente do conselho deve ser eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

Com relação à paridade entre os conselheiros, notamos que o R.I não aborda esta questão. Conforme a lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde – SUS, diz em seu art. 1º § 4º, que a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Em complementação a esta, a Resolução nº 333/2003, em sua 3ª diretriz, no inciso II que as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;

c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Percebemos que a paridade do conselho em relação aos representantes dos usuários (oito entidades) é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos: governo + trabalhadores e profissionais + prestadores de serviços (oito entidades). No entanto, quando levamos em consideração a determinação da Resolução N° 333/2003, notamos que em relação às vagas e a quantidade de membros do conselho, conforme o R.I (16 membros) deveriam ser distribuídas em:

- 2 entidades governamentais
- 2 entidades prestadoras de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.
- 4 entidades de profissionais da saúde e trabalhadores de saúde
- 8 entidades de usuários

Outra questão que consideramos relevante é a questão do mandato do conselheiro. O referido regimento, em seu capítulo II, artigo 2º, § 5º diz que no término do mandato do Governador do Estado, considerar-se-ão dispensados todos os membros do Conselho. Atualmente o mandato do conselheiro no CES-AM é de 3 (três) anos, entretanto, a Resolução sugere que seja de 2 anos o mandato podendo o conselheiro ser reconduzido a critério da respectiva representação, além disso, a mesma recomenda que o mandato do conselheiro não coincida com ao da esfera de governo a qual estiver vinculado.

A respeito das Comissões Intersetoriais a Lei Complementar n° 8.080/90 no seu art. 12º diz que serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Além disso, em seu parágrafo único dispõe que as comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Em seu art. 13º estabelece que a articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - Vigilância Sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia;
- VI - saúde do trabalhador.

Em comentário à lei nº 8.080/90, Carvalho e Santos (2006) fazem importante observação dizendo que as atividades acima mencionadas são, obviamente, aquelas cujo conteúdo não se esgota na área de abrangência do setor saúde, porque se encontram, também, sob a incidência normativa e operacional de outros setores político-administrativos do governo. Para exemplificar, utilizam a “alimentação e nutrição” que segundo o artigo 3º da lei acima referenciada, constituem fatores determinantes e condicionantes da saúde e que dependem da articulação com o Ministério da Agricultura, dentre outros, bem como para implementar a “saúde do trabalhador”, é necessário articular-se com os ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social e com sindicatos e federações.

Observamos que dentre as comissões criadas pelo CES-AM somente duas estão contempladas dentre as acima descritas. A saber: “Câmara Técnica de Recursos Humanos (CT-RH)” e “Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST)”.

Deverão ainda em conformidade com o Art. 14º ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Das comissões que tivemos acesso à frequência apenas 4 (quatro) delas têm parcerias com universidades públicas ou/e particulares. São elas:

- CEPOMI – Universidade Federal do Amazonas (UFAM);
- CESB – Centro Universitário Nilton Lins (UNINILTONLINS), Universidade Paulista (UNIP), Universidade Estadual do Amazonas (UEA), UFAM;
- CESMA – UFAM;
- CESPI – UFAM, UEA/ Universidade Aberta Para a Terceira Idade (UNATI).

Conforme a Resolução nº 333/2003 no seu inciso VI diz que o conselho deve instalar além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias. Grupos de trabalho poderão contar com integrantes não conselheiros.

Não tivemos acesso ou conhecimento a respeito de nenhuma comissão integrada no colegiado pesquisado somente por conselheiros (seja ela temporária ou não), bem como a existência de grupos de trabalho.

2.1 Identificação dos conselheiros

O quadro 1(um) apresenta o perfil dos 10 conselheiros representantes das entidades do governo, dos profissionais e trabalhadores da saúde e dos usuários do SUS no Conselho Estadual de Saúde do Amazonas (CES-AM) entrevistados para a presente pesquisa.

Quadro 1 – Identificação dos conselheiros (1)

FAIXA ETÁRIA	TEMPO QUE ATUA COMO CONSELHEIRO (GERAL)	PARTICIPA OU JÁ PARTICIPOU DE OUTRO CONSELHO?
54-64 ANOS	ACIMA DE 11 ANOS	SIM
43-53 ANOS	3 A 4 ANOS	SIM
43-53 ANOS	7 A 8 ANOS	SIM
A PARTIR DE 65 ANOS	MENOS DE 1 ANO	NÃO
43-53 ANOS	3 A 4 ANOS	SIM
43-53 ANOS	5 A 6 ANOS	SIM
54-64 ANOS	3 A 4 ANOS	SIM
43-53 ANOS	5 A 6 ANOS	NÃO
54-64 ANOS	9 A 10 ANOS	SIM
43-53 ANOS	7 A 8 ANOS	SIM

Fonte: Pesquisa de Campo/ 2009-201

Observamos que 60% dos conselheiros têm entre 43-53 anos, estando assim inseridos na meia-idade. Em relação ao tempo que os entrevistados atuam como conselheiro em geral constatou-se que 30% atuam de 3 a 4 anos; 20% atuam de 5 a 6 anos; 20%, de 7 a 8 anos; sendo que 10% atuam de 9 a 10 anos; Ou seja, 50% dos entrevistados têm entre 5 a 10 anos de atuação como conselheiros em geral. Apenas 10% atuam mais de 11(onze) anos e igual quantidade menos de 1 (um). Além disso, 80% dos conselheiros afirmam que participam atualmente ou já participaram em algum momento anterior de outros conselhos, fatos estes que denotam certa familiarização com estes espaços de discussão e deliberação e também certa experiência nesta função desempenhada.

Quadro 1.1- Identificação dos conselheiros (2)

QUAL CONSELHO?	TEMPO DE ATUAÇÃO COMO CONSELHEIRO DO CES-AM	PARTICIPOU DE CAPACITAÇÃO? (CES-AM)	DURAÇÃO DA CAPACITAÇÃO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	9 a 10 ANOS	SIM	1 SEMANA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	3 A 4 ANOS	SIM	MENOS DE UMA SEMANA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	5 A 6 ANOS	SIM	MENOS DE UMA SEMANA
NÃO SE APLICA	MENOS DE 1 ANO	NÃO	NÃO SE APLICA
OUTROS	3 A 4 ANOS	NÃO	NÃO SE APLICA
OUTROS	5 A 6 ANOS	SIM	2 A 3 SEMANAS
OUTROS	3 A 4 ANOS	SIM	MENOS DE UMA SEMANA
NÃO SE APLICA	5 A 6 ANOS	SIM	1 SEMANA
OUTROS	3 A 4 ANOS	SIM	MENOS DE UMA SEMANA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	3 A 4 ANOS	NÃO	NÃO SE APLICA

Fonte: Pesquisa de Campo/ 2009-2010

Ao serem perguntados em qual outro conselho atuaram ou atuam, 40% afirmaram atuar concomitantemente no Conselho Municipal de Saúde (AM), além desses, 40% afirmaram participar atualmente ou já terem participado em algum momento de outros (que não estavam discriminados no formulário) tais como: Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho local de Saúde da Colônia Antônio Aleixo, Conselhos profissionais, Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência (CONAD), Conselho Estadual do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), Conselho do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI). Fato este que confirma, mais uma vez certa experiência e familiarização dos conselheiros nestes espaços, o que pode também ter contribuído para a eleição dos conselheiros para ingresso no CES-AM.

Dos entrevistados, 50% deles estão de 3 a 4 anos no CES-AM, 30% estão de 5-6 anos, 10% de 9-10 anos e 10% com menos de um ano de atuação no conselho. O que pode indicar que eles estão majoritariamente ambientados ao CES-AM, possuindo conhecimento da rotina, regimento e leis que são pertinentes a este espaço, o que pressupõe ainda que a maioria deve ter conhecimento, devido ao tempo de atuação, das funções desenvolvidas por um conselheiro.

A maioria, 70% afirma que participou de capacitação ao entrar no conselho ou já inserido no mesmo, recebeu capacitação já atuando como conselheiro do CES-AM. Dos que

disseram que participaram boa parte afirma que a capacitação durou em média menos de uma semana. Outros 20% disseram que a capacitação durou uma semana, 10% afirma que durou de 2 a 3 semanas. No entanto, 30% afirmam que nunca participaram de nenhuma capacitação no referido conselho. Podemos perceber que embora haja entre os conselheiros um tempo considerável de atuação no referido conselho, o processo de capacitação não está acompanhando este conselheiro dentro deste espaço, visto que esta capacitação deve ser permanente, ou seja, deve acontecer de forma contínua. Além disso, nos chama atenção que uma parcela significativa (30%) não tenha tido nem sequer uma capacitação inicial para atuação no conselho, o que pode indicar um despreparo desses uma atuação efetiva.

De acordo com as “Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social SUS”, CNS/2006, em observância a 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde que tratam da educação permanente no controle social do SUS, considera-se a Educação Permanente como:

os processos formais de transmissão e construção de conhecimentos por meio de encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e o uso de metodologias de educação à distância, bem como os demais processos participativos e fóruns de debates – Conferências de Saúde, Plenárias de Conselhos de Saúde, Encontros de Conselheiros, seminários, oficinas, dentre outros. (MS/CNS, 2006, p. 09).

A proposta da Educação Permanente visa capacitar de forma contínua os conselheiros para que possam apreender os conteúdos técnicos e políticos que envolvem o exercício do controle social no SUS, através de eventos (cursos, oficinas etc.), de forma a aprimorar seus conhecimentos com relação à política de Saúde, programas, orçamentos e avaliação dos mesmos para que, posteriormente, se tornem multiplicadores de conhecimento. O referido documento dispõe ainda que é de responsabilidade intransferível dos Conselhos de Saúde as ações de educação permanente de seus conselheiros para o controle social no SUS, podendo estas ações serem desenvolvidas por instituições e entidades parceiras dos Conselhos de Saúde. Sendo que esta parceria pode ser feita, com universidades, núcleos de pesquisa, instituições e entidades governamentais ou não-governamentais.

Além disso, entendemos com base no documento acima referenciado, que como os membros do Conselho de Saúde renovam-se periodicamente, e outros sujeitos sociais alternam-se em suas representações, e o fato de sempre estarem surgindo novas demandas

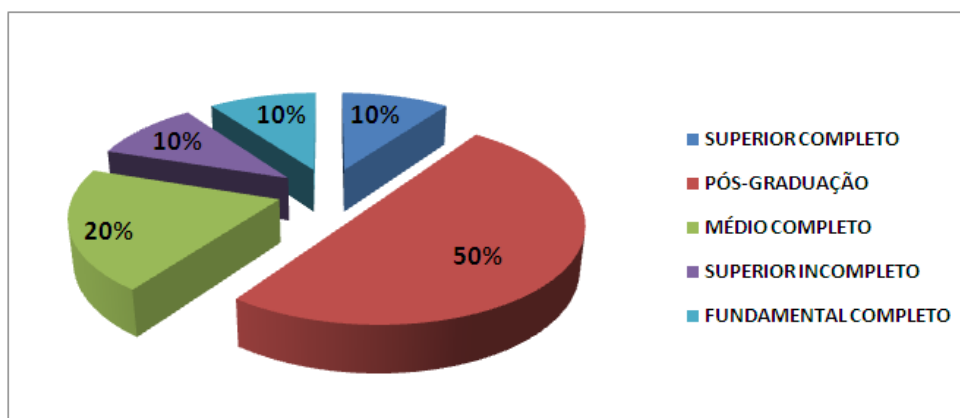
oriundas das mudanças conjunturais, torna-se necessário que o processo de educação permanente para o controle social esteja em constante construção e atualização.

Concebemos, portanto, de acordo com as diretrizes acima expostas que é necessário que o conselho pesquisado observe estas diretrizes, tendo em vista que o conselheiro do CES-AM tem o mandato de 3 (três) anos, é importante que ele tenha uma contínua capacitação para que possa exercer sua atividade de forma mais efetiva no que concerne ao controle social no SUS. É importante também que o conselho elabore juntamente com a secretaria de saúde, a política e o plano de ação do processo de educação permanente em sintonia com a política nacional, devendo prever, ainda, valores orçamentários para os processos de monitoramento e avaliação.

2.2.1 Grau de escolaridade

O nível de instrução entre os conselheiros é elevado, pois 50% dos entrevistados afirmam possuir pós-graduação, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 2 – Nível de escolaridade

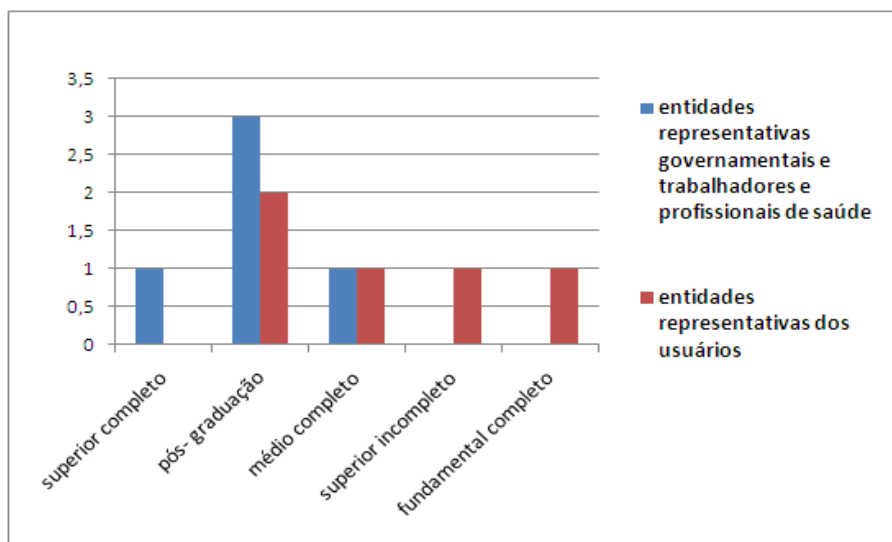


Fonte: Pesquisa de Campo /2009-2010.

Dentre as pós-graduações citadas pelos conselheiros temos: Administração Pública, Administração Hospitalar, Gestão da Saúde, Dermatologia, Avaliação de Programa de Saúde, Políticas Públicas, Qualidade Total e Gestão do SUS. Inclusive há entrevistados que possuem até duas pós-graduações. Podemos perceber que as pós-graduações dos conselheiros estão direta ou indiretamente relacionadas à atividade do conselheiro, de maneira que estes conhecimentos específicos podem contribuir para melhores atuações, visto que permitem aprofundar as discussões pertinentes ao âmbito da política pública de saúde em seus vários aspectos.

No entanto, quando separamos e comparamos os grupos de representantes do governo, dos trabalhadores/ profissionais de saúde e representantes dos usuários, observamos que existe um desnível entre estes dois grupos conforme representado a seguir:

Gráfico 3 – Escolaridades dos conselheiros por entidades



Fonte: Pesquisa de Campo/2009-2010.

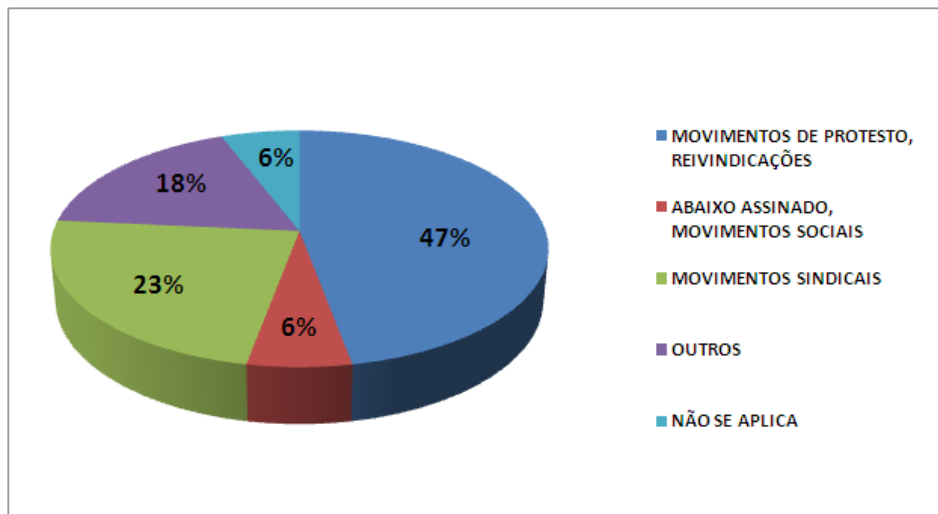
Como observado no gráfico acima 80% do primeiro grupo têm nível superior, sendo que deste percentual 60% tem pós-graduação e 20% tem o nível médio. Da parte dos usuários, identificamos que existe maior heterogeneidade em relação ao grau de escolaridade, visto que 40% deles têm pós-graduação; 20%, ensino superior incompleto, 20% têm o ensino médio completo e 20% só têm o fundamental completo.

Consideramos que este desnível em termos de escolarização pode colocar o grupo dos usuários em desvantagem em relação ao entendimento de alguns assuntos pertinentes ao âmbito do conselho que podem exigir mais conhecimentos específicos e técnicos por parte do segmento acima referenciado.

2.2.2 Participação Sócio-Política

Um número expressivo de conselheiros - 90% - afirma ter participado e/ou participa atualmente de atividades sócio-políticas, em contraposição a 10% deles que informaram nunca terem participado de tais atividades. O gráfico abaixo representa as atividades sócio-políticas dadas como opção de resposta:

Gráfico 4 – Participação sócio-política dos conselheiros



Fonte: Pesquisa de Campo/2009-2010.

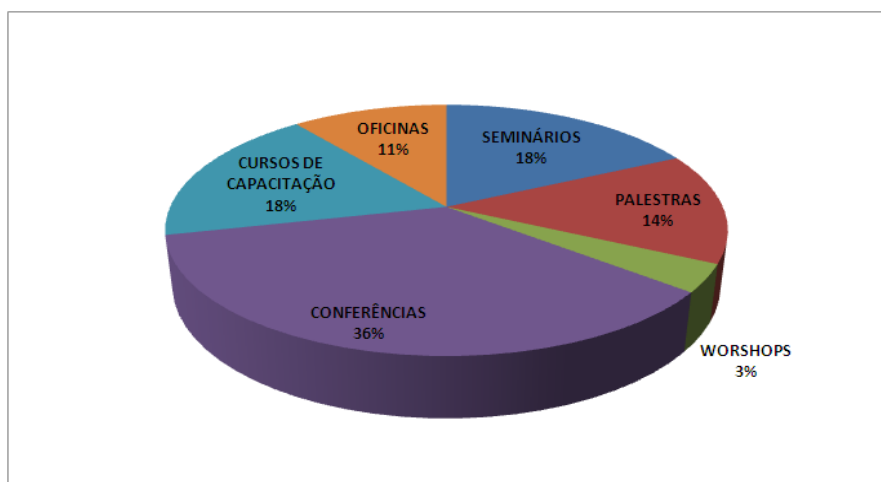
Vislumbramos no gráfico anterior que boa parte dos entrevistados afirma ter participado de protestos e reivindicações; seguido dos que participaram de movimentos sindicais. Na opção “outros” foram incluídos a filiação a partido político (PC do B) e militância em associação e conselhos profissionais. Outro dado importante é a participação em abaixo assinado e movimentos sociais que representa apenas 6%, ou seja, a grade maioria dos conselheiros não está ou esteve inserida nos movimentos sociais.

2.2.3 Participação em eventos e frequência da participação

Foi importante constatar que todos os conselheiros afirmaram participar de eventos que julgam importantes para as suas capacitações técnicas, sendo que 30% deles afirmaram participar de algum tipo de evento mensalmente, 20% participa de 2 a 3 vezes ao ano, outros 20% participam quando podem ou quando são liberados em seus trabalhos. Outros dados indicam que 10% deles participam uma vez ao ano, um número similar deles, participa de 4 a 5 vezes ao ano e o mesmo percentual de entrevistados comparecem a algum tipo de evento semanalmente.

Entre os eventos que eles mais participam estão as Conferências. Conforme indicado abaixo:

Gráfico 5 – Participação dos conselheiros em eventos



Fonte: Pesquisa de Campo /2009-2010.

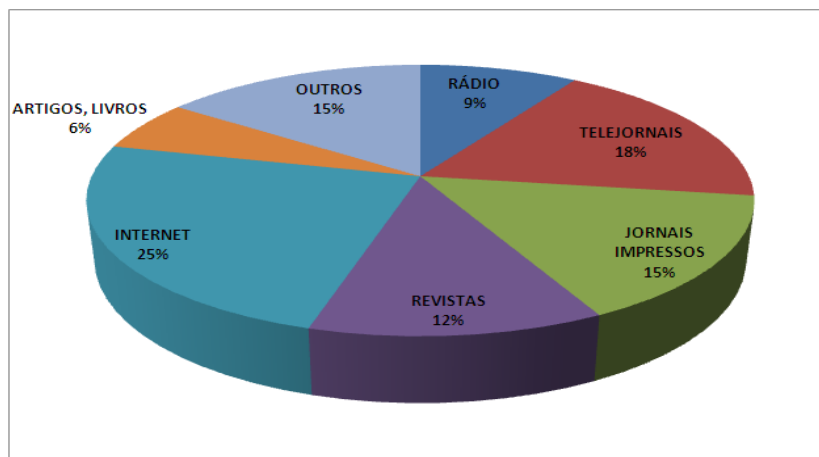
Nas entrevistas, alguns conselheiros se manifestaram de forma espontânea falando das dificuldades para participar dos eventos. Dentre o segmento dos usuários e trabalhadores de saúde, boa parte afirmou que encontram dificuldades para comparecer aos eventos devido ao fato de não terem apoio do conselho no patrocínio de passagens aéreas, diárias, alimentação e/ou ajuda de custo, em tempo hábil. E quando eles custeiam por conta própria e repassam as notas fiscais dos respectivos gastos para o conselho cobrir suas despesas, o repasse por parte do conselho é demorado, ou muitas vezes nem acontece. Os conselheiros governamentais, por sua vez, não têm essa dificuldade, pois como é do interesse da instituição que o seu respectivo representante participe de algum evento, a própria instituição arca com os custos e demais despesas. No entanto, a dificuldade que boa parte relatou neste segmento é a questão do tempo, visto que geralmente são pessoas que ocupam cargos importantes dentro da gestão estadual, municipal, ou federal e são envolvidos em inúmeras atividades o que impede a liberação devido a quantidade de compromissos que estes têm.

Contudo, é oportuno mencionar, que não obstante as dificuldades descritas acima pelos representantes dos usuários, os mesmo são os mais freqüentes em eventos.

2.2.4 Meios de informação

Foi questionado também a respeito de quais os meios de informação que os conselheiros mais utilizam para se manterem cientes sobre os acontecimentos em geral. Conforme ilustrado abaixo:

Gráfico 6 – Meios de informação utilizados



Fonte: Pesquisa de Campo/ 2009-2010.

Interessante notar que um número expressivo dos conselheiros se mantém informado através da internet, ultrapassando até mesmo os telejornais (18%), e jornais impressos (15%). Uma boa justificativa seria a facilidade com que as informações são veiculadas na internet e a praticidade que este acesso oferece. Na opção “outros” foram acrescentados principalmente pelos representantes governamentais e profissionais de saúde os periódicos e sites relativos à área da saúde, tais como: Revistas do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)/ revista Radis (FIOCRUZ); jornal do Conselho Nacional de Saúde (CNS); periódico da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); portais do ministério da saúde e ministério do trabalho e emprego. Outros dos representantes dos usuários ressaltam que se mantém informados através de contato telefônico, e-mail e troca de experiências com conselheiros de outros Estados. Vale ressaltar que a grande maioria dos usuários tem pouco acesso às leituras específicas que foram relatadas acima. O que pode mais uma vez deixá-los em desvantagem em relação ao grupo que possui este acesso.

2.3 Visão dos Conselheiros sobre o CES-AM

Um percentual de 80% dos conselheiros entrevistado afirma que o conselho é deliberativo. No entanto, 20% deles dizem que o conselho é deliberativo, consultivo e de “pactuação”, embora a legislação pertinente ao setor seja explícita ao afirmar que o conselho é órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo.

Com relação ao grau de deliberação do conselho 60% dos nossos entrevistados consideram que o grau de deliberação é insatisfatório, contrapondo-se à 40% deles que o concebem como satisfatório. Dos que responderam que o grau de deliberação é insatisfatório, boa parte afirma que algumas questões deliberadas não são cumpridas, ou seja, eles deliberam sobre uma questão no conselho e esta deliberação não sai no diário oficial ou sai de maneira diferente do que foi deliberado. Fato este que nos chama atenção, pois evidencia que nem tudo o que é deliberado no âmbito do CES-AM é cumprido.

A respeito da caracterização do espaço do conselho, foi permitida mais de uma opção de resposta. É importante ressaltarmos a diferenciação de concepções entre o grupo governamental e dos trabalhadores/ profissionais de saúde e o grupo dos usuários. Dos representantes dos usuários 57% acredita que o conselho é um “espaço democrático”; 29% dos conselheiros acreditam que esse “espaço é de disputa” e para 14% dos entrevistados, o conselho é um “espaço de denúncia”. Dos representantes governamentais e trabalhadores/ profissionais de saúde, 67% acrescentaram que o conselho é um “espaço de aprendizagem” e/ ou “espaço/ palco político”. Somente para 17% dos entrevistados deste segmento o conselho é visto como um “espaço democrático” e para um número similar deles, (16%), o conselho é vislumbrado como um espaço um “espaço de disputa”.

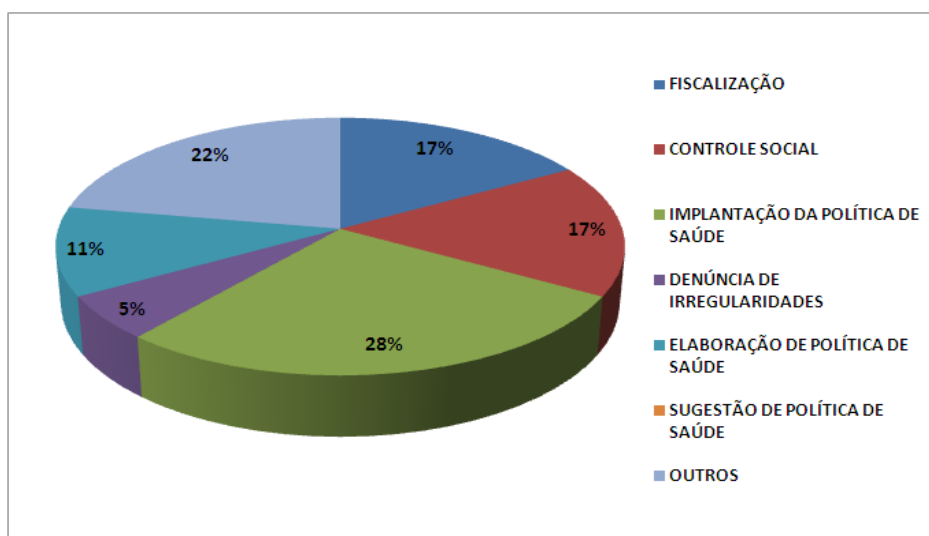
O espaço de participação popular nos conselhos é contraditório, pode servir para legitimar ou modificar o que está posto. No entanto para Correia (2005), este não deixa de ser um espaço democrático, onde vence a proposta do mais articulado, informado e que tenha maior poder de barganha; acrescenta ainda que é um campo de lutas de interesses em torno do destino da política de saúde nas três esferas de governo, para tanto é preciso ocupá-lo com competência política e estar alerta pra que conselheiros usuários não se tornem burocratas da máquina estatal, confundindo o seu papel com o do gestor.

Para complementar Cohn (1988) *apud* Martins (2004) **infe** **re que os conselhos** são espaços que institucionalizam a participação, deliberação, fiscalização e controle sobre as políticas sociais. Estes espaços possibilitam, portanto, uma redefinição nas relações entre o

Estado e a sociedade civil, viabilizam a ampliação da participação social para além das eleições, sendo um indiscutível aprendizado de cidadania.

Com relação à importância da atuação do conselho, 90% dos entrevistados afirmam que a atuação do conselho é importante, 10% faz ressalva dizendo que deveria ser importante. Quando indagados sobre a importância da atuação do conselho (e essa questão também permitia mais de uma opção de resposta) obtivemos as seguintes respostas:

Gráfico 7 – Importância do conselho

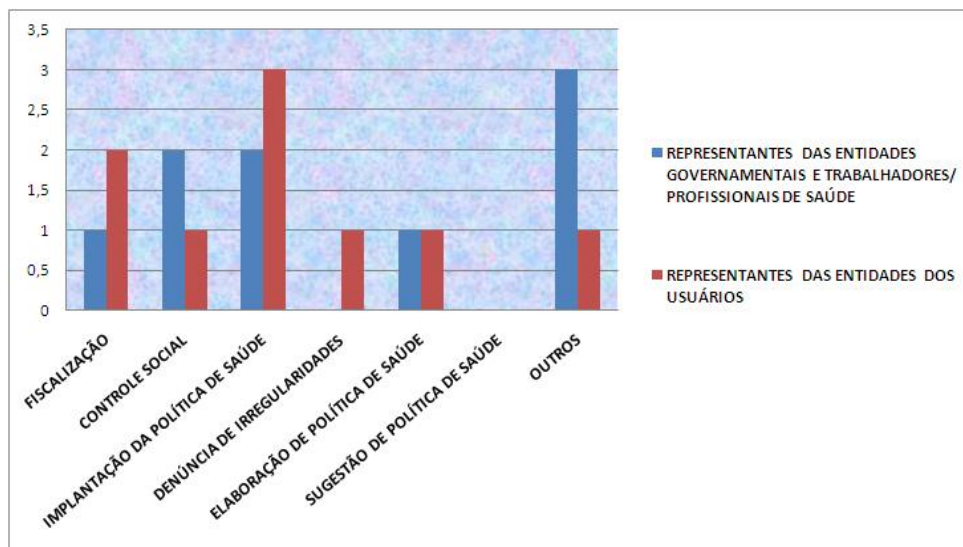


Fonte: Pesquisa de Campo /2009-2010.

Os conselheiros majoritariamente concordam que o conselho é importante devido a sua competência para “implantação de política de saúde” no sentido de organização, instituição, fundação ou estabelecimento desta. Notamos, entretanto, quando observamos a realidade pesquisada, um distanciamento em relação a esta função do conselho do que atualmente ocorre, visto que quando os projetos, programas chegam ao conselho, boa parte deles já está em execução, e quando chegam ao âmbito do conselho é somente para sua validação ou homologação. Logo, podemos perceber que a “implantação da política” se dá de forma textual, ou seja, somente “no papel”, por meio das deliberações que são feitas no conselho.

Além disso, quando dividimos os grupos entre usuários e governo e trabalhadores/profissionais da saúde, constatamos algumas diferenças. Conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 8 – Importância do conselho, por entidades.



Fonte: Pesquisa de Campo/ 2009-2010.

Dos representantes do governo e trabalhadores/profissionais destaca-se a opção “outros”, com 34%, em que acrescentam “implementação de políticas”, no sentido de execução de pôr em prática a política, “deliberação de assuntos importantes”, “manter o SUS.” Em segundo lugar, aparecem com 22% cada um “controle social” e “implantação da política”. Já com relação aos representantes dos usuários, notamos, em primeiro lugar, que a importância da atuação do conselho para este segmento é a “implantação da política”, com 34%; e em segundo lugar, aparece a “fiscalização” (22%), sendo que este último motivo aparece **minimamente** no primeiro grupo, além desse, aparece também embora de forma muito tímida, com 11%, a “denúncia de irregularidades” diferenciando-se, também, do primeiro grupo.

Dessa forma podemos dizer que o espaço do conselho é importante para ambos os segmentos, pois o conselho é visto como responsável por implantar a política de saúde no Estado do Amazonas. No entanto, observamos que para os usuários o conselho assume também um caráter fiscalizador dessa política, pois há a possibilidade de via conselho, denunciar irregularidades e reivindicar melhorias no âmbito da saúde. No segmento do governo e trabalhadores/ profissionais da saúde ficou evidente o caráter decisório do conselho em relação à elaboração e execução da política de saúde, bem como se evidenciou também neste segmento uma preocupação em “Manter o SUS”; o que não aparece com nitidez no segmento usuário, preocupação esta que talvez se refira à manutenção dos princípios e

diretrizes do SUS, assegurando que este seja desenvolvido em conformidade com a legislação que o criou.

Perguntamos, ainda, aos conselheiros como eles avaliam a sua atuação. Constatamos que 60% deles concebem-na como insatisfatória; 20% afirmam que a atuação é satisfatória, e 20% deles inferiram que essa atuação ainda se dá de “forma muito tímida”, ou que a atuação está “parcialmente satisfatória”.

Dentre os conselheiros que disseram ser a atuação parcialmente satisfatória ou insatisfatória inferem que o as deliberações no conselho muitas vezes não saem nas resoluções, como já assinalamos anteriormente, ou que não têm muito tempo para se dedicar às atividades do conselho, ou ainda que há assuntos que não estão passando pelo crivo do conselho já chegando para o conselho aprovar, pois o prazo está “em cima”, portanto, para eles, o conselho não está desempenhando o seu papel essencial. Conforme ilustra a fala de um conselheiro representante governamental, abaixo:

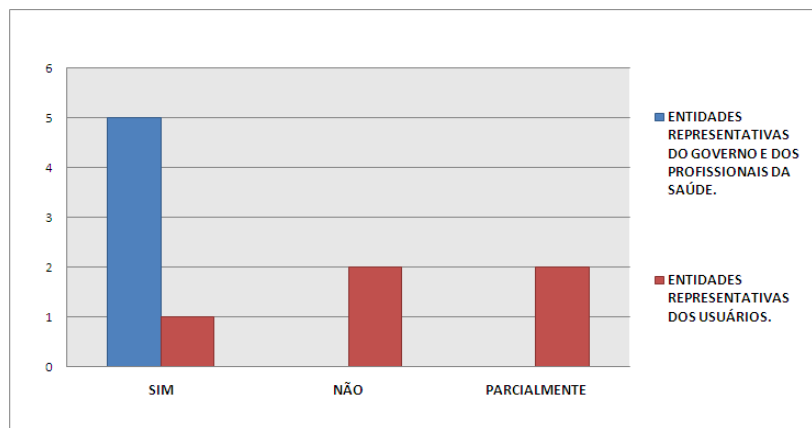
Hoje em dia eu não considero o Conselho Estadual um local que é 100% do que ele deveria ser. A gente tem algumas situações que precisavam ser revistas. Por exemplo, naquele dia (...) lá [referindo-se à última reunião do conselho antes desta entrevista], estavam colocando coisas ali que já tinham sido encaminhadas sem terem sido aprovadas pelo conselho. Aquela coisa do brasileiro querendo dar jeitinho. Ah porque tem prazo, a gente passa aqui e entra num acordo para que o conselho aprove. (...) Nesse sentido a coisa pode ser melhorada. Porque se não, o conselho deixa de exercer o seu papel essencial. (Entrevistado 1)

O que podemos notar com esta fala? Que minimamente os programas e projetos relativos à área da saúde não estão passando prioritariamente pelo conselho, o que deveria ocorrer, assim o conselho não está exercendo o seu caráter essencial de deliberação, já que não está decidindo, inferindo, embora seja legalmente constituído para tal, no andamento da política de saúde do nosso Estado. Logo o papel essencial do conselho de “implantação da política”, como foi sinalizado pelos entrevistados acima, está aquém do esperado.

2.3.1 Acesso dos conselheiros às informações da Secretaria de Saúde

Consideramos o acesso dos conselheiros à informação essencial para que estes possam tomar decisões embasadas em dados e devidamente respaldadas. Quando perguntados acerca do acesso à informação, as respostas nos surpreenderam conforme sinalizado abaixo:

Gráfico 9 – Acesso dos conselheiros às informações da Secretaria.



Fonte: Pesquisa de Campo/ 2009-2010.

Nota-se claramente pelo gráfico acima que há um acesso desigual concernente à obtenção de informações entre os conselheiros representantes governamentais e profissionais/trabalhadores de saúde que tem acesso às informações e o grupo dos usuários que não as tem ou as tem de forma parcial.

Em seqüência à pergunta anterior, os conselheiros foram indagados a respeito da maneira como se dá este acesso. Um percentual de 80% dos representantes dos usuários foram quase que unânimes em afirmar que o acesso é “deficiente”, “burocrático”, “difícil” ou até mesmo “inacessível” e apenas 20% considera o acesso às informações eficiente. Conforme sinalizam dois representantes dos usuários:

Já me foram negadas muitas informações. E já foi matéria do jornal isso também. As não-informações já foram matéria de jornal comigo, porque eu divulguei que nós não temos informações do que a Secretaria [de saúde] procura fazer hoje... não posso aceitar isso como conselheiro, de jeito nenhum. (Entrevistado 4)

E um dos setores que não poderia de maneira nenhuma sonegar informações ao conselheiro é o “Fundo Estadual de Saúde”, e muitas vezes eles omitem informações. Dificultando o trabalho. (Entrevistado 5)

Enquanto que os representantes governamentais e de profissionais/ trabalhadores da saúde 60% considera o acesso “eficiente”, outros 40% consideram este acesso “burocrático” ou “difícil”. No entanto estes afirmam que tem acesso às informações, mas com muita briga e insistência, conforme fala a seguir do representante dos profissionais/trabalhador de saúde:

As informações que são levadas para a deliberação sim. Outras informações a gente tem dificuldade em conseguir, por exemplo, se a gente vai fazer o trabalho de fiscalização, ou se a gente quer ter informações mais detalhadas sobre determinados contratos isso é dificultado. A gente consegue, mas com muita dificuldade. Tem que brigar para conseguir a informação. O acesso é dificultado, posso colocar assim. Não é impossível, a gente tem acesso sim, mas com muita briga, muita discussão, a gente tem que estar em cima, tem que fazer valer as prerrogativas de conselheiro para ter acesso aos documentos e informações e detalhamentos principalmente de contratos e convênios. (Entrevistado 6)

Com relação ao não acesso às informações que deveriam ser fornecidas para os conselheiros, concordamos que “as falhas detectadas nesse ponto colocam fortes constrangimentos para a potencialização da participação dos conselheiros, especialmente aqueles que representam a sociedade organizada.” (SANTOS JÚNIOR; AZEVEDO; RIBEIRO, 2004, p. 40)

Souza (2004) faz inferência no neste mesmo sentido do pensamento acima apresentando Cohn (1988) e Bravo (2000) que apontam ser entraves para o desenvolvimento dos conselhos a distribuição desigual das informações, o que dificulta os processos de discussão das políticas, visto que os atores que têm pouco acesso à informação tendem a ter uma participação mais tímida.

É necessário o desenvolvimento de mecanismos democráticos de informações e publicização a respeito das ações do governo, bem como de suas secretarias primeiramente para os conselheiros e posteriormente para a população em geral, para que possamos estar atentos em relação ao destino do nosso dinheiro e onde exatamente ele está sendo investido de modo a inibir possíveis tentativas de desvio de recursos, além disso, é importante estarmos alerta para que a coisa pública não seja tratada como se fosse privada, o que é público é de todos, todos devem ter acesso, logo não pode haver motivos para “omissões” de informação.

2.3.2 Processo de eleição do conselheiro no CES-AM/ representatividade

Regimentalmente o conselheiro é eleito por um fórum próprio da entidade, no caso dos representantes de usuários e profissionais/ trabalhadores da saúde; e no caso de representantes governamentais, é indicado pelo órgão/ chefia onde trabalha. Dos conselheiros entrevistados, representantes do governo aproximadamente 67% foi indicado pelo secretário de saúde da respectiva esfera de governo. Um percentual de 33% foi indicado no órgão que trabalha, pelo seu superior. Com relação aos trabalhadores/ profissionais da saúde por unanimidade foram escolhidos através de fórum próprio da entidade. Dos representantes dos usuários, 80% foi escolhido através de fórum próprio da entidade, e 20% foi indicado. Conforme a fala de um dos entrevistados representante dos usuários:

Eu dirijo duas entidades (...). E por eu estar nesta entidade, tinha outros conselheiros daqui, eles faleceram, foram embora aí me “puxaram”, mas até hoje, eu não sei qual é o direito e o dever do conselheiro, o que o conselheiro tem que fazer e aonde, eu não sei. (...) Fui indicado. Alguém me indicou e eu engoli esta “batata verde”.
(Entrevistado 7)

Não percebemos através desta fala que esse conselheiro tenha tido um processo democrático de eleição em sua entidade, nem muito menos participação de sua base. Embora o Regimento Interno do CES-AM não disponha sobre o processo de eleição dos conselheiros, a Resolução nº 333/ 2003 do CNS, em sua terceira diretriz dispõe:

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes. (MS/CNS, 2003, p. 6)

Além do mais, este tipo de indicação pode restringir a possibilidade de escolha de um representante que esteja mais bem preparado para exercer a atividade de conselheiro. É importante observar que se tal pessoa entra num colegiado e desconhece este espaço totalmente, a respeito do seu funcionamento e outros assuntos de competência técnica referentes a este, no mínimo espera-se do referido conselho que instrua e capacite seus membros para que possam atuar de forma qualificada e consciente.

Outra questão importante é a da representatividade, representantes do governo devem ser pessoas ligadas ao governo, geralmente representantes do executivo no primeiro, segundo ou terceiro escalão e/ou funcionários públicos. Trabalhadores/ profissionais da saúde têm que ser pessoas legalmente constituídas para tal. Assim como os representantes dos usuários não

podem pertencer aos dois grupos citados acima. O que notamos é que 70% dos entrevistados disseram ser funcionários públicos em serviço ou aposentados em pelo menos uma das esferas de governo, ou seja, dos conselheiros entrevistados, há mais “governamentais” que “não-governamentais”. Dos trabalhadores e profissionais da saúde 100% estão vinculados ao governo. E dos representantes dos usuários 40% tem esta mesma vinculação.

Com relação a esta dinâmica, deve o conselho verificar e tomar as devidas providências para que possa ser assegurada a legítima representatividade de cada segmento/ entidade, ou seja, “a autoridade nomeante tem o dever de apontar o impedimento e solicitar, à fonte da indicação, que reveja o ato e encaminhe nova indicação”. (CARVALHO E SANTOS, 2006, p. 254).

É importante que a sociedade civil organizada tenha seus representantes legítimos no conselho, a fim de serem asseguradas suas legítimas reivindicações e demandas, bem como resguardar seus devidos interesses a fim de que haja um verdadeiro equilíbrio entre as representações (governo, trabalhadores/ profissionais, e usuários) para que se construa consensos no âmbito do conselho a fim de que as demandas da população sejam atendidas.

2.3.3 Relação conselheiros – entidades – bases – sociedade civil

Entendemos que o conselheiro representa (ou deveria representar) os interesses da sua entidade e base em primeiro lugar, no entanto sem esquecer o interesse coletivo de toda a sociedade que é usuária do SUS.

Em tese o que acontece é, no caso de entidades dos usuários ou trabalhadores/ profissionais de saúde: existe uma base, pessoas que tem interesses e demandas comuns, esta forma uma entidade, para que possa lutar pelos seus interesses ou demandas. Esta entidade escolhe um conselheiro que a representará no conselho, e este fica incumbido de levar as demandas da base ao conselho através da entidade. O conselheiro então apresenta as demandas e interesses de sua entidade ao conselho e este último responde de alguma forma estas demandas. O que foi encaminhado no conselho, fica a cargo do conselheiro levar estas informações para a entidade e principalmente para a base. Com relação aos conselheiros governamentais, estes são funcionários públicos que representam os interesses do governo através de suas entidades, ou órgãos. Geralmente são escolhidos por indicação do Secretário de Saúde e órgãos afins, ou por indicação de suas chefias.

Foi questionado a respeito da existência de mecanismos de informação/ avaliação da atuação do conselheiro junto à entidade que representa e 60% dos representantes dos usuários responderam que existe este mecanismo sendo que deste percentual, 40% disse que ocorre através de reuniões e 20% disse ocorrer por meio de reuniões com a direção da entidade. Um percentual de 40 % dos usuários, por sua vez, disse não haver nenhum mecanismo. Com relação aos representantes governamentais e trabalhadores/ profissionais de saúde 60% afirma que não há nenhum mecanismo de informação avaliação das suas ações para as suas respectivas entidades e 40% afirma que existe este mecanismo através de reuniões e/ou relatórios.

Com respeito à relação conselheiro-base todos os representantes dos usuários foram unânimes em afirmar que existe uma relação conselheiro-base. No entanto, quando questionados com relação à forma com o se dá este processo, 40% dos conselheiros representantes dos usuários afirmam ser através de reuniões mensais, 60% destes afirma ser através de outros meios como: distribuição de folhetos informativos, seminários / reuniões aleatórias, informações repassadas de maneira individualizada. Dos representantes governamentais apenas 20% afirmaram ter esta relação, através de reuniões. Entretanto, 80% destes afirmam não ter relação com a sua base.

Com respeito a este assunto Bravo (2000) *apud* Souza (2004) **diz que** a escolha das entidades representativas dos usuários não tem sido precedida de elegibilidade de critérios, tais como: tradição política, base de sustentação, interesses representados, organização e dinâmica de funcionamento, o que abre possibilidades para uma participação elitista e burocrática, na qual a intervenção dos seus representantes enfatiza opiniões pessoais, subjetivas e arbitrárias, não debatendo com as bases da sua entidade, muito menos com as bases do seu segmento, as temáticas em pauta nas reuniões dos conselhos.

Foi perguntado, também, com respeito à relação conselho – sociedade civil, ou seja, se as informações e ações do conselho são repassadas para a sociedade civil e de que forma. Dos conselheiros entrevistados 70% acredita que as informações não são repassadas para a sociedade civil, e 30% acreditam que são repassadas, sim, através do Diário Oficial do Estado (DOE) e Resoluções que são divulgadas na página do Conselho, no site da Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM).

Acreditamos que estas formas de divulgação não são tão eficientes, visto que a minoria da população tem acesso ao DOE, restrita principalmente a funcionários públicos. Além disso, ainda que o acesso à internet esteja sendo alargado atualmente à população, boa

parte desta ainda não possui acesso, portanto é necessário investir na divulgação das ações do conselho através de outros meios de comunicação mais populares tais como: televisão, rádio, jornais impressos, entre outros.

2.3.4 Relação conselho – secretarias e poder público

Quando questionados se as secretarias (em especial as de saúde) acatam/ respeitam as decisões do CES-AM, 60% dos entrevistados disseram que acatam parcialmente, 20% diz que não respeitam, e 20% entende que respeitam ou acata. Questionamos também se as decisões do conselho são acatadas/ respeitadas pelo poder público (governador) e 50% dos entrevistados responderam que não, 40% responderam “parcialmente” e complementaram que acata quando é do interesse do executivo. Apenas 10% afirmaram que o executivo acata as decisões do CES-AM.

As decisões relativas à saúde, como já dito anteriormente e vale a pena reforçar, devem passar obrigatoriamente pelo conselho. Ao conselho compete avaliar os projetos e programas e fazer deliberações, que devem ser transformadas em resoluções. As resoluções devem ser homologadas pelo chefe do poder executivo em cada uma das respectivas esferas de governo, **sendo assim** o prazo de acordo com o regimento interno de 21 (vinte um) dias, a contar da aprovação no conselho, para saírem no DOE. No entanto, não é o que vem ocorrendo conforme explicita o conselheiro, representante governamental, abaixo:

(...) muitas vezes a gente delibera algumas coisas mais não sai nas resoluções, quando a gente acrescenta, dá sugestões. E como não sai nas resoluções você perde o próprio espaço da discussão. Quando chega aqui [no conselho] a decisão já está tomada é só pra gente homologar mesmo, a gente não tem como modificar muito.
(Entrevistado 8)

Complementa ainda o conselheiro do segmento dos usuários dando exemplo em relação à transformação do Hospital Eduardo Ribeiro em Hospital Geral:

Nem sempre. (...) viu agora, a gente tinha decidido pelo hospital geral o “Eduardo Ribeiro”- o hospício- e a gente tinha decidido para ser um hospital geral ali, por que a gente tinha decidido por um hospital geral ali? Porque nós encampamos junto com o pessoal “dos doentes mentais” (...) a luta antimanicomial. Nós não queremos mais manicômio, nós queremos uma nova metodologia de tratamento para este pessoal. Estas técnicas manicomiais, nós não queremos mais. Aí o Estado vem na última reunião com uma proposta de R\$ 1.400,000 [Um milhão e quatrocentos mil] para

reformular o hospital Eduardo Ribeiro, não foi isso que a gente deliberou. Por aí você tira que as coisas não estão sendo respeitadas e se não tivesse a gente lá para brigar? Passava... (Entrevistado 9)

Outro representante dos usuários indica no mesmo sentido dos entrevistados citados anteriormente, que o poder público respeita o que é de seu interesse e, exemplifica, o caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS).

Eles respeitam quando a gente briga muito, mas o que é do interesse deles não. Por exemplo, este concurso do Corpo de Bombeiros, não foi passado nada pelo Conselho. Vão criar unidades de pronto atendimento, nós não somos contra, nós somos a favor das UPAS (Unidades de Pronto Atendimento). Só que o seguinte, tem que ser passado pelo conselho, não é assim que a legislação determina? Tem uma legislação para isso a 8.080 e a 8.142, então tem que ser respeitado, agora manda para a assembléia um projeto de lei, é aprovado lá e fica por isso mesmo? Este é um dos embates lá, mas tudo bem... Foi concedida uma liminar cancelando o concurso, e agora já caiu a liminar de novo, o concurso já tá ok, já vai ser realizado. Você vê como é? O poder público em cima, quando ele quer ele faz mesmo. (Entrevistado 10)

Percebemos que existe uma certa centralização do executivo em relação às decisões do conselho. A respeito deste assunto Souza, infere que:

“A centralização do poder nas mãos do executivo fragiliza, em muitos casos, a autonomia dos conselhos diante das condições que os governos reúnem pra interferir, neutralizar ou mesmo minar as ações e decisões do colegiado.” (Souza, 2004, p. 184).

Concordamos que o descumprimento às deliberações do conselho pode prejudicar a livre atuação do mesmo, pois quando isso ocorre, interfere no direcionamento do conselho para a implantação da política de saúde, bem como anula todo um trabalho de discussão, leitura, estudo e pronunciamento a respeito de diversos assuntos no âmbito do conselho, o que pode, sim, fragilizar a autonomia desse, e ainda, colocar em dúvida o próprio sentido da existência de um conselho deliberativo, pois espera-se que minimamente um conselho deliberativo delibere e que suas determinações sejam cumpridas. Afinal para que serviria um conselho então?

2.3.5 Atribuições dos conselheiros

Do total de conselheiros 70% deles concordam que uma das atribuições do conselheiro é “fiscalizar” a execução da política de saúde, no entanto durante a entrevista, alguns se manifestaram espontaneamente (embora não fosse perguntado no formulário) dizendo que não estão realizando ou que nunca realizaram esta função.

Um dos conselheiros, representante dos usuários, afirma que a atribuição do conselheiro está relacionada à vigilância ou à fiscalização da execução da política de saúde *in loco*:

Ser vigilante da saúde: ir aos hospitais, pronto-socorros, maternidades verificar como está o atendimento. Mas ele tem que documentar, não pode ser só na palavra, ele tem que documentar, tirar fotos, e levar aquela “parafernália toda” para ser discutido alguma coisa. Segundo me contaram que existem hospitais em que há pacientes no chão, tanto na capital como no interior, no entanto este serviço [de fiscalização] eu ainda não pratiquei. (Entrevistado1).

Ressalta, no entanto, que é necessária a devida documentação desta atividade para ser avaliada a veracidade desta e serem tomadas providências pelo conselho de saúde.

Um dos conselheiros, que representa os trabalhadores da saúde compartilha da mesma opinião do entrevistado acima, acrescentando que um aspecto fundamental no tocante à atribuição é o da “gestão participativa”, ou seja, os usuários do sistema participando da gestão da política de saúde, e para isso precisariam ser ouvidos. Salienta, também, que o conselheiro necessita acompanhar os projetos da área da saúde, todos os projetos devem passar pela avaliação dos conselheiros para que sejam apreciados e dadas as devidas deliberações a respeito destes.

Fiscalizar os hospitais, ouvir os usuários, ter uma gestão participativa (acompanhar os projetos da área da saúde). Todos os projetos da saúde têm que passar pela mão dos conselheiros. (Entrevistado 2).

O entrevistado 3, representante dos usuários, tem a mesma opinião dos acima referenciados em relação ao papel do conselheiro, no entanto identifica que a qualidade do sistema deve ser buscada de forma participativa, também com a parceira de gestores e gerentes. Defende que se deve:

(...) buscar a qualidade do sistema para que este funcione, a partir do conhecimento que temos. Temos que levar este trabalho de forma participativa, através de parceria com gestor, com gerentes. (Entrevistado3).

A parceria entre gestores e usuários é interessante no sentido de fortalecer as ações do conselho. Segundo Martins (2004), o Poder Executivo vem se apresentando como uma instância que opera de maneira relevante (porém não determinante) no fortalecimento ou no enfraquecimento do conselho. No entanto a referida autora destaca que embora as ações do Poder Executivo sejam primordiais, no sentido de incentivar ou dificultar a participação da sociedade no conselho e a viabilidade do controle público, “é fundamental que o conselho se utilize de suas prerrogativas legais e de suas alianças com outros setores da sociedade” (op.cit. 196) para que possa fazer valer suas deliberações e garantir o reconhecimento social de suas ações.

Destacamos também um quesito significativo para a atuação do conselheiro, é a questão do conhecimento sobre as leis orçamentárias e financeiras, visto que uma das atribuições do conselho é atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde inclusive nesses aspectos. Além disso, deve, ainda, de acordo com a Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nos incisos XII ao XV, aprovar a proposta orçamentária anual da saúde; propor critérios para a programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a destinação dos recursos; fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da saúde; analisar discutir e aprovar relatório de gestão com a prestação de contas e informações financeiras que devem ser repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

Em **consonância** com o entendimento supracitado o conselheiro a seguir, representante do governo, diz ser atribuição do conselheiro, além de discutir a política de saúde e acompanhar sua execução, ter conhecimento sobre o aspecto econômico e financeiro dos orçamentos, bem como suas referidas leis a fim de que o conselheiro não seja “manipulado” em relação as suas deliberações. Afirma que:

Discutir a política de Saúde e acompanhar sua execução. Ele [o conselheiro] tem que saber das leis orçamentárias e financeiras dos orçamentos, porque se ele não sabe, será um mero expectador, pode até ser manipulado se ele não sabe isso. (...) Eu [conselheiro] preciso conhecer a lei orçamentária, se eu não tiver este conhecimento, o que analisarei numa prestação de contas? Tem gente que está errando (...). Eu

[conselheiro] tenho que discutir a política macro, e não detalhes (se deixei de comprar papel ou não) não é este o papel do conselheiro. (Entrevistado 4)

Em relação ao entendimento das questões financeiras, o próximo conselheiro, representante dos usuários, enfatiza que o mesmo deve cobrar a aplicação correta dos recursos destinados à saúde na própria área:

(...) As atribuições [são]: propor, discutir, deliberar, fiscalizar, mas principalmente cobrar que o gestor público aplique os recursos que vem para a saúde na saúde, para que não tenha desvio de recursos. (Entrevistado 5).

Percebermos que o conselheiro está ciente do seu papel enquanto fiscalizador dos gastos e aplicação dos recursos relativos à saúde, estando assim em conformidade com um dos princípios da Resolução 333/2003 do CNS, que estabelece:

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União. (CNS, 2003, p. 10)

Concebemos como pressuposto primordial para que os conselheiros desempenhem sua função de fiscalizador dos gastos públicos (da saúde), um conhecimento razoável sobre as questões financeiras e orçamentárias, e para isso o conselho deve trabalhar no sentido de capacitar seus respectivos conselheiros para o bom desempenho desta função, visto que essa exige conhecimentos específicos.

É importante frisar que a própria resolução supracitada diz, em seu inciso XV, que o conselho deve analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas, e para tal as “informações financeiras devem ser repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento” (CNS, 2003, p.10), o que nem sempre acontece devido à falta de interesse dos gestores e das secretarias de saúde, o que dificulta a interação dos conselheiros com as prestações de contas, o que conseqüentemente prejudica a análise e deliberação acerca destas questões.

É fundamental destacar que o conselho pesquisado não conta com um assessoramento em relação às questões financeiras e orçamentárias o que pode também se constituir em um prejuízo aos conselheiros menos versados sobre estas questões, no sentido de estarem

deliberando sem o devido entendimento do assunto, ou nas palavras do entrevistado 4, podendo ser literalmente “manipulados”.

A propósito das atribuições do Conselho, obtivemos informações de que compete aos seus componentes mobilizar a sociedade, “democratizar a saúde junto à população”, não obstante este entendimento, identificamos que tal prática nem sempre é viabilizada, como é demonstrado por um de nossos entrevistados abaixo:

Fiscalizar, discutir as políticas de saúde que estão sendo implementadas pela secretaria de saúde. Debater sugestões sobre os programas que estão sendo desenvolvidos, e também seria a mobilização da sociedade em geral sobre as questões de saúde, democratizar a saúde junto à população, que é uma coisa que a gente não tem feito. (Entrevistado 6).

Outro ponto importante a se destacar no discurso acima referenciado é a questão da sugestão sobre os programas que estão sendo desenvolvidos. **É importante frisar que os programas já estão sendo desenvolvidos, ou seja, já estão em andamento, portanto, pensamos que a sugestão seria para uma possível melhoria destes programas, não havendo, assim uma preocupação concernente a formulação de programas, apenas sugestão de melhoria do que já está em desenvolvimento.**

A fala do conselheiro, a seguir, representante dos trabalhadores/ profissionais da saúde, avança e vai além do propor ou sugerir, para ele a atribuição do conselheiro primeiramente é formular políticas públicas – o que os demais entrevistados não explicitaram.

Formular políticas públicas de saúde; discutir, aprovar, deliberar as políticas públicas de saúde; acompanhar e fiscalizar as ações de saúde. Definir políticas, fazer acompanhamento e avaliação [das mesmas]. Fiscalização. (Entrevistado 7)

A Resolução nº 333/2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em seu inciso IV, prescreve: “Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.” Compartilhamos dessa visão por entendermos que uma das atribuições do conselheiro é formular políticas públicas de saúde, ainda que para a maioria dos conselheiros essa prática seja uma realidade ainda distante.

Para o conselheiro a seguir, a atuação dele consiste em defender os interesses da sociedade estando vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, no sentido de colaborar com ela,

na implementação de novos serviços, definição da política e fiscalização da gestão. Ressalta, também, a questão da fiscalização da execução do plano (de saúde) municipal/ estadual.

Defender os interesses da sociedade e colaborar com a secretaria estadual de saúde, no caso do conselho estadual de saúde, em relação à implantação de novos serviços, definição da política e fiscalização da gestão. Por que assim, não é só decisão, eu acho que um grande bem que o conselho faz, é esta questão da fiscalização. Por exemplo, se tem um plano municipal/estadual de saúde que passa pelo crivo do conselho, este plano, ele precisa ser fiscalizado para saber se ele está sendo executado na sua íntegra. (Entrevistado 8)

Entendemos que o conselho é um órgão colegiado, permanente e deliberativo e não está vinculado à secretaria, inclusive de acordo com o cronograma da Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM) o Conselho Estadual de Saúde (CES-AM) aparece acima do secretário de saúde. Além disso, conforme o inciso V da resolução nº 333/2003 do CNS o plano deve ser definido e deliberado de acordo com as diretrizes do conselho (na referida instância) conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços, ou seja, não é só fiscalizar o Plano de Saúde, cabe ao Conselho atuar de forma efetiva na definição, na elaboração de diretrizes e na deliberação sobre o mesmo.

O conselheiro 9 diferencia-se dos demais devido a sua tendência ao corporativismo. Para este, a função do conselheiro é a de “solucionador” de problemas tanto da categoria que ele está inserido, quanto de outros pontualmente. Assim se expressa:

(...) a primeira coisa que o conselheiro tem que fazer é estar “atenado” com os problemas da categoria dele. Mas isso não impede de ele resolver problemas de outras pessoas; (...) A gente luta por outras pessoas, não é só pelos [da nossa categoria] não. Por exemplo, a gente já correu atrás de cirurgia cardíaca para outras pessoas, a gente já correu atrás de passagem, já correu atrás de coisa para uma criança que precisa viajar, a gente já correu atrás de medicamento para quem não é [da entidade]. Então isso não impede a gente... Porque é o seguinte, a gente está lá por uma entidade, mas a gente representa toda a sociedade que precisa de saúde. Então acho que o primeiro papel é este. O segundo papel é trabalhar com os conselheiros, como conselheiro mesmo, você é usuário, então, deliberar de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas, acho que é isso que você tem que ter como missão. (...) A terceira, então seria: manter a sociedade informada da maneira que a gente pode. A gente não tem programas públicos... Informar sobre o conselho e lutar para melhorar. (Entrevistado 9)

O conselheiro apresenta três funções básicas que devem ser exercidas: a primeira é estar ciente dos problemas da categoria/entidade que ele representa, no sentido de resolver os problemas (relacionados à saúde) apresentados pela entidade e de outras pessoas focalizada (não relacionados à entidade do entrevistado). Nota-se, na fala do presente conselheiro, um distanciamento das questões macros da saúde e a focalização em questões micro. Primeiro, porque ele prioriza questões referentes à entidade que representa no Conselho, ainda que diga que resolva os de outras pessoas, no entanto, permanece focalizado. E segundo, no âmbito do trabalho no conselho “deliberar de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas”, no entanto a melhoria da qualidade de vida das pessoas se dá somente através da deliberação no conselho?

É interessante notar na fala do conselheiro em foco que não aparece o quesito “fiscalização” presente na maioria das falas. Percebemos uma restrição do papel do conselheiro ao âmbito da deliberação, no entanto sabemos que a deliberação é apenas um dos aspectos, pois o conselheiro deve também fiscalizar, implementar e atuar na formulação de políticas públicas.

Por fim, uma terceira função, identificado pelo conselheiro, é a de “manter a sociedade informada da maneira que a gente pode”. A pergunta lógica subsequente seria: de que forma? Através de quais meios? Será que a sociedade amazonense – em especial – é informada somente sobre as ações do conselho através das resoluções (desatualizadas, diga-se de passagem) que se encontram no site da secretaria estadual de saúde ou que saem no Diário Oficial do Estado (quando saem)? Sabemos que um dos papéis do conselho é, conforme a Resolução nº 333 do CNS é de divulgar suas ações, funções e competências por todos os meios de comunicação:

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões. (CNS, 2003, p. 11)

Acreditamos ser imprescindível que a população seja informada sobre a existência e ações do conselho pelos meios de comunicação de massa (TV, Rádio, etc.), pois permitirá maior inserção da sociedade nestes locais de participação para que minimamente possa

apresentar suas demandas e colaborar com a gestão da política de saúde, pois ela é a principal interessada, visto que é, em sua maioria, usuária do sistema.

2.3.6 Dificuldades do conselheiro para atuar no conselho

Consideramos que existem dificuldades para a atuação dos conselheiros no CES-AM. Foi permitido marcar nessa questão sobre as dificuldades de atuação mais de uma alternativa. Foram dadas as seguintes opções de resposta: dificuldade material, dificuldade técnica, dificuldade política, dificuldade organizacional, dificuldade de informações adequadas, dificuldade quanto à capacitação e outra. Dos entrevistados representantes dos usuários, 50% afirmam ter outras dificuldades que não as relacionadas nas opções de resposta. Um total de 80% dos representantes dos usuários alegou dificuldade materiais, relacionadas à falta de equipamentos e problemas de logística para exercer a atividade de conselheiro; 20% afirmaram ter dificuldades na obtenção de informação. E boa parte dos entrevistados desse grupo acrescentaram ainda: “falta de autonomia financeira do conselho”, “dificuldade de liberação no trabalho pra exercer a atividade de conselheiro”, “dificuldades burocráticas – trâmites burocráticos da secretaria”, “falta de parceria com o gestor”, “falta de tempo”, “dificuldade relacionada à conflitos de interesses no conselho”, “dificuldade de mobilização da comunidade”.

Em relação aos trabalhadores/ profissionais de saúde suas dificuldades se assemelham às dos representantes dos usuários, pois 50% afirmam ter dificuldade material e 50% afirmam ter dificuldade de informações adequadas. Deste grupo acrescentam ainda como óbices: “questões financeiras e falta de assessoria com relação a assuntos específicos”. A respeito dos representantes governamentais, estes afirmam, com unanimidade, que não possuem tempo para exercer a atividade de conselheiro. Além disso, 33% acrescentam ainda que não se sentem à vontade para se posicionar no conselho devido ao vínculo com a secretaria de saúde.

Podemos observar que boa parte das dificuldades apresentadas pelos conselheiros tem ligação com a dinâmica organizacional do conselho e questões políticas internas, principalmente em relação à autonomia financeira e à gestão do conselho. Outra questão que perpassa e impacta no trabalho do conselho é a falta de informações adequadas e a ausência de assessoria para assuntos técnicos. Existem também os motivos pessoais de falta de tempo e não-liberação do trabalho, embora a legislação respalde o conselheiro pra ser liberado do

trabalho para as atividades afins do conselho por ser estas de relevância pública. Outro ponto interessante é em relação à capacitação que para 10% dos conselheiros entrevistados (que se manifestaram espontaneamente) é mínima. O que mais uma vez demonstra que os conselheiros necessitam de capacitação técnica para exercer suas funções adequadamente. A falta dessa, consideramos um grande desfalque para o desempenho da atividade de conselheiro, bem como para o conselho em geral e conseqüentemente para a população que tem um representante no conselho não preparado para tal, ou que talvez, dado ao desconhecimento do mesmo, pouco possa interferir para dar outro rumo à política de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho concentrou-se em analisar a participação das entidades que compõem o CES-AM visando identificar se efetivamente cumprem o papel delas na elaboração, fiscalização e controle social da política de saúde do Estado do Amazonas. Para isso, foi necessário investigar a estrutura, o funcionamento e o trabalho cotidiano do CES-AM procurando retratar de que maneira as entidades governamentais e não-governamentais participam do CES-AM e de que forma tem sido esta participação; e buscamos abordar teoricamente os conceitos de sociedade civil, controle social e os princípios e diretrizes que estruturam o SUS, a fim de analisar a implementação da política de saúde no Estado do Amazonas.

Notamos que o CES-AM atualmente enfrenta dificuldades estruturais como desconexão no seu regimento interno, que no que diz respeito a alguns itens que estão em desacordo com o que preconiza a legislação pertinente ao setor da saúde, e também em relação ao seu funcionamento, visto que as comissões criadas pelo conselho não contemplam em sua plenitude o que é disposto na legislação. Além disso, observamos que dentre as comissões que devem ter a presença das Universidades (públicas ou particulares) somente 4 (quatro) delas tem a referida presença. O que pode significar um déficit em termos de produção de conhecimento e até mesmo de assessoria para as comissões que não são contempladas.

Acreditamos ser de suma importância que o conselho tenha uma programação para capacitação dos seus conselheiros, primeiramente, que eles conheçam o conselho, sua organização seu regimento, em fim, o seu funcionamento e posteriormente que o conselheiro seja continuamente capacitado pra o exercício do controle social através de seminários, palestras, cursos de capacitação, o que poderá evitar possíveis distorções acerca do papel do conselho e do conselheiro inserido neste.

É necessário também que o conselho forneça a seus respectivos conselheiros condições de se deslocarem (vale transporte, vale refeição, passagens aéreas, etc.) para realizar uma de suas funções prioritárias que é a fiscalização da implantação da política de saúde onde ela se operacionaliza, ou seja, nos hospitais, pronto-socorros, maternidades, e outros, tanto na capital, quanto no interior do Estado, para que possam estar em contato com a realidade da população que sofre com os maus atendimentos nas unidades de saúde, a falta de

profissionais da saúde, e a não viabilização de suas respectivas demandas. Ao mesmo tempo, é necessário alargar os canais de comunicação do conselho para que toda a população possa saber que existe um conselho que está em prol de sua causa e em tese luta pela “implantação da política de saúde” buscando melhorias para esta população.

Observamos que há uma não priorização das secretarias em relação à divulgação de informações importantes relevantes e pertinentes ao trabalho do conselheiro, principalmente para os conselheiros representantes da sociedade. Entendemos que estas não-informações prejudicam o trabalho dos conselheiros com relação principalmente à fiscalização das ações do governo e de suas secretarias. É necessário um maior empenho do poder público para divulgar suas ações, não com o objetivo de promover-se, mas porque é um direito da população saber para onde vai o dinheiro que ela penosamente emprega através de impostos, principalmente a população mais carente que tem a maior carga tributária, que mais utiliza o SUS e, no entanto, que mais sofre com as “violências” do referido sistema.

Pudemos ainda perceber que a representatividade dos conselheiros no colegiado, principalmente representantes da sociedade, parece estar comprometida, visto que boa parte é ligada ao governo através de seus empregos/ cargos comissionados contrariando o disposto na legislação pertinente ao setor. Além disso, observamos que alguns processos de elegibilidade dos conselheiros representantes da sociedade, podem também estar em desacordo com o que preconiza a referida legislação, visto que é necessário que haja uma eleição através de fóruns das entidades que serão representadas através dos conselheiros no referido conselho. Percebemos também uma dificuldade de comunicação efetiva do conselheiro com a sua entidade, muito menos com a base de seu segmento, embora eles afirmem ter esta comunicação. No entanto, notamos que os meios com que se viabilizam esta interlocução são insuficientes, e não-sistematizados, para que haja um perfeito entendimento e engajamento desta base nas atividades do conselho.

A respeito da relação poder público-conselho, verificamos que existe um certo descaso do poder público em relação às deliberações do conselho, quando estas vão de encontro aos interesses dos que governam. Este talvez seja o eixo principal que perpassa todo o trabalho, no que concerne ao não-apoio às ações, e ao não-cumprimento às deliberações do conselho. Acreditamos que o poder público pode tanto fortalecer quanto potencializar as ações do conselho, no sentido de torná-lo conhecido e atuante, no entanto, este apoio do poder público não deve ser primordial. É essencial que o conselho se utilize de suas prerrogativas legais e de

alianças com outros setores da sociedade no sentido de fazer valer suas deliberações e garantir o reconhecimento social de suas ações. Para isso, entendemos, mais uma vez, que o conselho precisa se fazer conhecido pra a sociedade para que possa ter a colaboração desta.

As dificuldades dos conselheiros, principalmente representantes dos usuários, estão em sua maioria relacionadas à falta de apoio material para realização de suas atividades afins, como sinalizamos acima, no entanto existe também a falta de informações adequadas e técnicas, sinalizada por alguns setores dos representantes dos **usuários e principalmente dos trabalhadores e profissionais de saúde**, para o pleno exercício da função, além disso, como fomos informados, o conselho não conta com um apoio de assessoria em relação a assuntos técnicos e relevantes, como por exemplo, assuntos relativos às questões orçamentárias e financeiras que envolvem as prestações de contas. O que está em desacordo com a legislação, além de colocar os conselheiros, principalmente os que não estão acostumados com estes temas, em situação de desvantagem, podendo estar deliberando a respeito do assunto sem ter o devido domínio do mesmo.

É importante estarmos atentos no que concerne à participação das entidades, entretanto, é interessante olharmos também para a não-participação de algumas entidades que poderiam colaborar com as discussões e enriquecê-las no âmbito do conselho, por exemplo, citar algumas: “Estabelecimentos e Serviços de Saúde não Governamental”, “Programa Estadual de Proteção e Orientação ao Consumidor – PROCON”, “Representante dos Povos Indígenas”. É importante que o conselho atente para esta questão das faltas dos conselheiros nas reuniões e desenvolva mecanismos mais efetivos de controle dos conselheiros faltosos, visto que regimentalmente após três faltas consecutivas o conselheiro deve ser substituído.

Diante do exposto acima, procuramos na produção deste incentivar na contribuição do fortalecimento e potencialização do conselho pesquisado, bem como para a inovação do conhecimento acadêmico, visto que acreditamos ser ele um local de importância no que concerne à elaboração, fiscalização e implantação e/ou implementação de políticas públicas na área da saúde, sendo um espaço tenso, de disputa onde existem diferentes interesses, no entanto, cremos ainda, que seja um espaço democrático e deve ele pautar suas ações neste sentido. Pensamos que a própria constituição deste espaço é uma vitória dos movimentos sociais, no entanto, sabemos que existem muitos desafios a serem vencidos para que realmente o conselho se constitua em um mecanismo de interlocução entre sociedade civil e governo, transformando-se em um canal de mudanças.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O Direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). **Textos de Apoio em Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2005.

BARBOSA, C., F; BITTAR, M. Processos de participação e controle social do SUS. In: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social. Ser Social. Nº 14. **Metodologias de intervenção em políticas sociais**. Brasília: UNB, 2004.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil**. Atual até a Emenda Constitucional nº 57, de 18/12/2008. São Paulo: Editora Escala, 2009.

BRASIL. **Lei 8.080/90** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização, e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei 8.142/90** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais e de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes Nacionais para o processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS**. Brasília- DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333** de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS: coleção CONASS: progestores para entender o SUS**. Brasília, 2006.

BRASIL. **Sistema único de saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do Direito à Saúde no Brasil**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Relatório da VIII Conferência de Saúde. Março de 1986. <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 20/06/2010

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. In: BRAVO, Maria Inês Souza, et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro:UERJ, 2007.

BRAVO. **Serviço Social e Reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 2ª Ed. São Paulo, Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara. (orgs). **Política Social e Democracia**. 4ª Ed. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde. In: MOTA, A. E. (Orgs). **Serviço Social e Saúde**. Formação e Trabalho Profissional. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões Sobre a Construção do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Revista Serviço Social e Sociedade ano XXVI, nº 87. **Suas e Sus**. São Paulo: Cortez, 2006

CARVALHO, Guido de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde**: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90). 4ª ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2006.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS. **Regimento Interno do Conselho de Saúde do Estado do Amazonas**. Manaus, março de 2002.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica e organização sociopolítica**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2003.

MARTINS, Aline de Carvalho. Conselhos de direitos: democracia e participação popular. SALES, M. A., MATTOS, M. C. (Org.) In: **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2004.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Política de Saúde no Brasil: entraves para a universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. In: Revista Serviço Social e Sociedade ano XXVI, nº 87. **Suas e Sus**. São Paulo: Cortez, 2006.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais - Um Desafio a ser Enfrentado pela Sociedade Civil. IN: MOTA, A. E. (Orgs). **Serviço Social e Saúde**. Formação e Trabalho Profissional. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. In: Physis: Revista de Saúde Coletiva. v.17 n.1 Rio de Janeiro jan./abr. 2007.p. 29-41, 2007 < <http://www.scielo.br/scielo>. acesso em: 27/10/2009>

SANTOS JÚNIOR, O, A; AZEVEDO, S; RIBEIRO, L, C. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais de saúde no Brasil. In: SANTOS JÚNIOR et al. **Governança Democrática e Poder Local: a experiência dos conselhos municipais de saúde no Brasil**.

SOUZA, Roriane de Oliveira. Participação e Controle Social. SALES, M.A., MATTOS, M.C., LEAL, M.C. (Org) In: **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2004.

TATAGIBA, Luciana. Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Orgs). **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O local e o global:** limites e desafios da participação cidadã. 2ª Ed. São Paulo: Cortez; Recife: EQUIP; Salvador: UFBA, 2001.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (organizadora). **Reforma Sanitária:** em busca de Uma Teoria. 3ª Ed. São Paulo, Cortez, 2003.

CRONOGRAMA

Nº	Descrição	Ago 2009	Set	Out	Nov	Dez	Jan 2010	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
	Levantamento Bibliográfico e documental sobre os temas pertinentes à pesquisa	R	R	R	R	R	R						
	Leitura, discussão e fichamentos de textos	R	R	R	R	R	R	R	R	R			
	Contato com a instituição campo de pesquisa	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
	Elaboração dos instrumentais da pesquisa					R	R						
	Aplicação do pré-teste				R								
	Pesquisa de campo				R	R							
	Elaboração do Relatório Parcial						R						
	Apresentação Oral do Relatório Parcial				R								
	Tabulação e sistematização dos dados da pesquisa								R	R			
	Análise dos dados										R		
	- Elaboração do Resumo e Relatório Final (atividade obrigatória) - Preparação da Apresentação Final para o Congresso (atividade obrigatória)											R	R

P= PREVISTO; R= REALIZADO

APÊNDICE

INSTRUMENTAL DA PESQUISA (FORMULÁRIO)

Formulário para Conselheiros (as) do CES – AM.

1. PERFIL DO CONSELHEIRO (A)

1.1 IDENTIFICAÇÃO

a) Entidade:

Governamental Prestador de Serviço ou Trabalhadores da Saúde

Usuário

b) Sexo:

Feminino Masculino

c) Faixa Etária:

De 21 a 31 anos de 32 a 42 anos 43-53 anos 54-64 anos

Acima de 65 anos

d) Escolaridade:

Alfabetizado Fundamental Completo Fundamental Incompleto Médio

Completo Médio Incompleto Superior Completo Superior Incompleto

Pós-graduação Mestrado Doutorado

Outros

Qual? _____

e) Profissão:

Médico (a) Dentista Assistente Social Enfermeiro(a) Pedagogo(a)

Advogado(a) Professor (a) Técnico (a) de Enfermagem

Outras

Qual? _____

f) Exerce a profissão acima referenciada?

Sim () Não ()

g) Cargo:

Funcionário Público Municipal () Funcionário Público Estadual () Funcionário Público Federal () Cargo Comissionado () Outros () Não se aplica ()

Qual? _____

h) Você participa ou já participou em algum momento de atividades sócio-políticas?

Sim () Não ()

Se você respondeu “sim” ao item anterior, assinale abaixo, se não passe para a próxima questão:

() Trabalho Voluntário [1]

() movimentos de protestos, reivindicações [2]

() Reuniões de grupos locais [3]

() Abaixo assinado Movimentos Sociais [4]

() Movimentos de bairro [5]

() Movimentos sindicais [6]

() Atividades religiosas [7]

() Outra(s) [8]

Quais? _____

i) Há quanto tempo você atua como conselheiro?

Menos de 1 ano () de 1 a 2 anos () 3 a 4 anos () 5 a 6 anos () 7 a 8 anos ()

9 a 10 anos () acima de 11 anos ()

j) Participa atualmente ou participou em outro momento de algum outro conselho no âmbito Municipal, Estadual ou Federal?

Sim () Não ()

Se você marcou “sim” ao item anterior assinale abaixo:

Conselho Municipal de Saúde () Conselho Nacional de Saúde () Conselho Municipal do Idoso () Conselho Municipal dos direitos da Criança e do Adolescente () Conselho Municipal de Assistência () Conselho Estadual de Assistência Social () Conselho Estadual do Idoso () Conselho Estadual dos direitos da Criança e do Adolescente () Conselho Nacional de Assistência Social () Conselho Federal da Criança e do Adolescente () Conselho Federal do Idoso ()

Outro(s) ()

Qual? _____

Em qual segmento?

() Usuários () Governo () Prestadores de Serviço () Trabalhadores em Saúde ()

Outros ()

Especificar: _____

k) Há quanto tempo você é Conselheiro do CES-AM?

Menos de 1 ano () de 1 a 2 anos () 3 a 4 anos () 5 a 6 anos () 7 a 8 anos ()

9 a 10 anos () acima de 11 anos ()

l) Participou de algum treinamento específico/ capacitação para exercer a atividade de conselheiro no CES-AM?

Sim () Não ()

Se você respondeu “sim” ao item anterior, responda:

Qual foi a duração deste treinamento?

Menos de uma semana 1 semana 2 a 3 semanas 1 mês Outro

Qual? _____

m) Participa de eventos que julga importante para a sua capacitação técnica e política enquanto conselheiro (a)?

Sim Não

Se você respondeu “sim” a pergunta anterior, assinale abaixo, se não, passe para a pergunta seguinte.

Seminários [1]

Palestras [2]

Workshops [3]

Conferências [4]

Cursos de capacitação [5]

Oficinas [7]

Outros [8]

Especificar: _____

Com que frequência?

uma vez ao ano

de duas a três vezes por ano

de quatro a cinco vezes por ano

mensalmente

semanalmente

Outra

Qual? _____

n) Como se mantém informado sobre os acontecimentos em geral?

Rádio Telejornais Jornais impressos Revistas

Internet Artigos, livros

Outros

Especificar: _____

1.2 DA SAÚDE

a) Para você o conceito de Saúde relaciona-se com:

Ausência de doenças

bem-estar físico, mental e social

Acesso aos serviços de saúde e medicamentos

a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

Outros

Quais? _____

1.3 DO FUNCIONAMENTO DO CONSELHO

a) Em sua opinião, o CES-AM é:

Consultivo Deliberativo Outro

Especificar: _____

Se “Deliberativo”, como você avaliaria o grau de deliberação?

Satisfatório Insatisfatório

b) Como você avalia o Conselho de Saúde? (pode marcar mais de um)

Espaço de disputa Espaço democrático Espaço de consensos Outros

Quais? _____

c) Você acha que a atuação deste conselho é importante?

Sim Não

Se marcou “sim” assinale abaixo os motivos (pode marcar mais de um) :

Fiscalização Controle Social Implantação da Política de Saúde Denúncia de irregularidades Elaboração de Política de Saúde Sugestão de Política de Saúde

Outros

Especifique: _____

De que forma se dá esta atuação?

Satisfatória Insatisfatória Outra

Especifique: _____

d) Você como conselheiro (a), tem acesso às informações, fornecidas pela Secretaria, que julga necessárias para a tomada de decisões/ deliberações no conselho?

Sim Não Parcialmente

Como considera esse acesso?

Eficiente Deficiente Burocrático Difícil Inacessível Outros

Quais? _____

e) Existe algum mecanismo de informação/ avaliação da atuação do conselheiro no CES-AM junto à entidade que representa?

Sim Não

Se você marcou “sim”, assinale abaixo, se não, passe para a próxima.

Como se dá este processo?

Através de Reuniões Reuniões com a direção da entidade Plenárias com os associados Relatórios Outros

Especifique: _____

f) Existe relação do conselheiro (a) com as suas bases?

Sim Não

Caso haja, Como se dá esta relação?

Reuniões semanais Reuniões mensais Reuniões Semestrais Reuniões anuais Outros

Especifique: _____

g) Existe divulgação das decisões do conselho junto à sociedade civil?

Sim Não

Se você marcou “sim”, assinale abaixo, se não, passe para a próxima.

De que forma?

Publicação das deliberações em diário oficial rotinas de prestação de contas aos gestores audiências públicas reuniões descentralizadas nas comunidades Jornais rádio Resoluções no site do CES-AM

Outros

Quais? _____

h) As decisões do CES-AM têm sido respeitadas/ acatadas pelas Secretarias em geral?

Sim Não Parcialmente

Comente:

i) O poder público local (Estadual) tem respeitado as deliberações do CES-AM?

Sim Não Parcialmente

Comente:

1.3 DO CONSELHEIRO

a) Como se deu o seu processo de eleição no CES-AM?

Conferência Popular Indicação do Secretário de Saúde Foi designado por seu superior Fórum próprio da entidade Outro

Especifique: _____

b) Em sua opinião, quais as principais atribuições do Conselheiro (a)?

c) Qual a sua maior dificuldade para atuação no Conselho? (pode marcar mais de uma)

Dificuldade material Dificuldade Técnica Dificuldade Política

Dificuldade organizacional Dificuldade de informações adequadas

Dificuldade quanto à capacitação Outra

Especificar: _____

d) O que você entende por Controle Social? (pode marcar mais de uma)

Fiscalização Elaboração de Políticas Implementação de Políticas

Controle Nenhuma das alternativas Desconhece o termo Outros

Comente: _____

