

Iumara Antunes Moreira

**ANÁLISE DA REPRESENTATIVIDADE DO SEGMENTO DOS USUÁRIOS NO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PELOTAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Andréa Valente Heidrich

Pelotas
Mestrado em Política Social
2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M836a Moreira, Iumara Antunes
Análise da representatividade do segmento dos usuários no Conselho Municipal de Saúde no município de Pelotas. / Iumara Antunes Moreira. – Pelotas : UCPEL, 2011.
124f.
Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas , Programa de Pós-Graduação em Política Social, Pelotas, BR-RS, 2011. Orientador: Heidrich, Andréa Valente .

1. controle social 2. participação 3. conselho de saúde
I. Heidrich, Andréa Valente. II. Título.

Ficha Catalográfica elaborada pela bibliotecária Cristiane de Freitas Chim CRB 10/1233

Universidade Católica de Pelotas
Centro de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais
Mestrado em Política Social

Dissertação intitulada “Análise da representatividade do segmento dos usuários no Conselho Municipal de Saúde no município de Pelotas”, de autoria da mestranda Lumara Antunes Moreira aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof^a. Dr^a. Andréa Valente Heidrich MPS/UCPEL - Orientadora

Prof^a. Dr^a. Maria Valéria Costa Correia UFA/FSS

Prof^a. Dr^a. Vini Rabassa da Silva MPS/UCPEL

Pelotas, abril de 2011.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que assim como eu acreditam ser possível um mundo melhor, onde todos tenham direitos iguais e que vejam esses direitos respeitados.

Aos amigos que me incentivaram em todo momento com palavras de ânimo, quando por vezes pensei em desistir.

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por me conceder a Sabedoria e a Fortaleza do seu Santo Espírito, para não concluir, mas colocar uma vírgula nesta etapa de minha vida.

À minha família, meu esposo e filhos, pela paciência que tiveram, compreendendo os momentos que me fiz ausente.

Aos mestres, pela transmissão de seus conhecimentos e para que sejamos profissionais comprometidos e éticos.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, especialmente na pessoa do presidente Sr. Luiz Belletti, exemplo de militante na construção do Sistema Único de Saúde. Agradeço também aos funcionários do Conselho que tão carinhosamente me atenderam quando precisei me apropriar dos documentos para a pesquisa.

A todos os conselheiros que me acolheram com carinho neste espaço, em especial aos que responderam os questionários e as entrevistas.

E em especial a minha querida Prof^a. Andréa Heidrich, que tão pacienciosa ouviu meus questionamentos, dúvidas constantes e incertezas, mas que com sua brilhante sabedoria ajudou-me na construção deste trabalho.

“Bom mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, pois o triunfo pertence a quem se atreve... A vida é muita para ser insignificante”.

Charles Chaplin.

RESUMO

A partir do processo de democratização na década de 1980, o Controle Social e a participação da sociedade civil organizada começaram a tomar vulto no Brasil. Com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988 e a normatização das leis 8080/90 e 8142/90: os Conselhos e as Conferências passam a ser os principais espaços de mobilização da sociedade civil para controlar e fiscalizar as ações do governo na política de saúde. Reforçar esses espaços de participação democrática é de total relevância para dar continuidade à luta iniciada pelo Movimento da Reforma Sanitária, que preconiza uma saúde universal e igualitária, com um Estado que realmente cumpra o dever de prover uma saúde de qualidade aos seus cidadãos. Este trabalho enfoca o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, mais precisamente os conselheiros representantes dos segmentos dos usuários, buscou analisar como acontece a participação dos mesmos nas plenárias, procurou identificar entre os conselheiros quem representa os usuários das UBS, assim como analisar a participação dos usuários nas mesmas e verificar se há uma articulação/comunicação entre representantes e representados. A pesquisa concluiu que existe uma presença significativa dos representantes dos usuários no Conselho, mas presença não significa participação, pois é, uma minoria que se manifesta nas plenárias. A pesquisa apontou que não há representantes dos usuários das UBS no Conselho. Quanto à articulação/comunicação dos representantes e representados, o estudo chegou a conclusão de que a comunicação com as entidades é fragmentada, e a articulação dos representantes com seus representados é inexistente. Isso porque os conselheiros não conseguem reunir-se com suas entidades para tratar assuntos do Conselho. As análises mostraram que essa falta de articulação/comunicação também tem como fator determinante o descumprimento e o desrespeito por parte do gestor das questões deliberadas no Conselho, o que faz com que os usuários e os próprios conselheiros fique descrente, e há se perguntarem se de fato o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas está cumprindo a função de ter caráter deliberativo, fiscalizador da política de saúde no município. A pesquisa mostrou que se faz necessária uma capacitação contínua, pois, os pesquisados foram unânimes em reconhecer que tem dificuldades de entendimento no que tange aos termos técnicos utilizados nos projetos apresentados. Quanto à representatividade que está sendo

exercida pelos conselheiros representantes dos usuários, mostra a prática da democracia representativa, na qual se elege um representante, no caso do conselho se indica, mas isso não significa que esse representante irá responder as necessidades e anseios de seus representados. Com todas as dificuldades enfrentadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, ele continua sendo um espaço de mobilização da sociedade, para que todo cidadão exerça sua cidadania e, assim, efetive-se de fato o Controle Social na política de saúde do município.

Palavras chaves: Controle Social, Participação e Conselho de Saúde.

ABSTRACT

Social control and the participation of organized civil society strengthened in Brazil after the democratization process of the 1980s. With the institutionalization of mechanisms for public participation in policy making and administration in the Constitution of 1988, and the regulation of laws 8080/90 and 8142/90: councils and conferences came to be the main spaces for mobilization of civil society to control and monitor government health care actions. To reinforce these spaces of democratic participation it is highly important to give continuity to the struggle initiated by the Movement for Healthcare Reform, which sought universal and egalitarian healthcare, with a State that truly meets its responsibility to provide quality healthcare to its citizens. This work focuses on the Municipal Healthcare Council of Pelotas, and specifically on the council members who represent users. It analyzed how their participation took place at plenary sessions, and sought to identify which council members represent users of the UBS, and the participation of users on the councils and determine if there is articulation and communication between representatives and those they represent. The study concluded that there is a significant presence of user representatives on the Council, but this presence does not indicate participation because only a minority of the representatives speak at the meetings. The study indicated that there are no representatives of users of the UBS on the council. In terms of articulation and communication between the representatives and those they represent, the study concluded that this interaction is fragmented and there is no articulation of positions. This is because the council members are not able to meet with their entities to discuss the issues before the Council. The analyses show that this lack of articulation and communication is also a determining factor in the lack of compliance and respect by the part of administrators for the issues that the Council deliberates. This leads to a lack of trust in the Council by users and council members. It can be asked if the Municipal Healthcare Council of Pelotas is truly meeting its function of being a decision making body that oversees municipal healthcare policy. The study showed that continuous training is necessary, because researchers unanimously recognize that there are difficulties in understanding the technical terms used in the projects presented. Concerning the representation that is being exercised by the council members who represent users, a practice of

representative democracy is found, in which a representative is elected, which does not mean that this representative will respond to the needs and desires of those he or she represents. With all the difficulties confronted by the Municipal Healthcare Council of Pelotas, it continues to be a space for social mobilization, with the goal that every citizen exercises his or her citizenship and thus realize social control in municipal healthcare policy.

Key words: Social Control, Participation and Healthcare Council.

LISTAS DE SIGLAS

ACVV	Associação de Apoio Comunitário Vontade de Viver
ADOTE	Aliança Brasileira de Doação de Órgãos e Tecidos
AIS	Ações Integradas de Saúde
ASUFPEL	Associação dos Servidores da Universidade Federal de Pelotas
ATPSFP	Associação dos Trabalhadores em Saúde da Família
BIRD	Banco Internacional de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAIC	Centro de Atenção Integral a Criança e Adolescente
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo em Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CEREST	Centro Regional de Referência do Trabalhador
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde

CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CIST	Comissão Intersectorial da Saúde do Trabalhador
CLIS	Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMSPel	Conselho Municipal de Saúde de Pelotas
COMFIN	Comissão de Finanças
COMET	Comissão de Ética
COMTEC	Comissão Técnica
CONASP	Conselho Nacional de Saúde Previdenciária
CONASS	Comissão Nacional de Secretários de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COMDER	Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural
CONFISGA	Conselho de Fiscalização do Grande Areal
CPERS	Centro dos Professores do Estado do Rio Grande do Sul
CSMental	Comissão de Saúde Mental
CSU	Centro Social Urbano

CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CRS	Coordenaria Regional de Saúde
DANN	Diretório Acadêmico Anna Nery
DCE	Diretório Central dos Estudantes
DE	Delegacia de Ensino
DST	Doenças Sexualmente Transmitidas
DRS	Delegacia Regional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAU	Fundação de Apoio Universitário
FEE	Fundação Estadual de Estatística
FISCA	Fiscalização do Grande Areal
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social

LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MARE	Ministério de Administração e Reforma do Estado
NASF	Núcleo de Atenção a Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OS	Organizações Sociais
PAIS	Programa das Ações Integradas de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PID	Programa de Internação Domiciliar
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RNP	Rede Nacional de pessoas vivendo com HIV/AIDS
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIMP	Sindicato dos Municipários de Pelotas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SANEP	Serviço Autônomo de Saneamento de Pelotas
SINDISPREV	Sindicato da Saúde Previdenciária
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SIST	Sistema de Informação da Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
UBAI	Unidade Básica de Atendimento Imediato
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCPEL	Universidade Católica de Pelotas
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Comparativo das Conferências Nacionais de Saúde.....	48
Quadro 2	Demonstrativo da distribuição das UBS.....	57
Quadro 3	Composição do CMSPel por tipo de representação.....	66
Quadro 4	Número de intervenções dos conselheiros nas plenárias do Conselho no ano de 2008.....	77
Quadro 5	Número de intervenções dos conselheiros nas plenárias do Conselho no ano de 2009.....	79
Quadro 6	A percepção dos conselheiros quanto a importância e a finalidade do CMSPel.....	92
Quadro 7	Tempo que os conselheiros estão no Conselho.....	94
Quadro 8	Comunicação/articulação entre conselheiro com suas entidades.....	95
Quadro 9	Como o conselheiro avalia sua participação no Conselho.....	97
Quadro 10	A frequência que o conselheiro se reúne com a sua entidade.....	98
Quadro 11	Como são apresentadas no Conselho as reivindicações dos segmentos dos usuários.....	100
Quadro 12	Fatores que são levados em conta para rejeitar/aprovar propostas.....	101
Quadro 13	Dificuldades encontradas para ser conselheiro de saúde.....	102
Quadro 14	Que você entende por Controle Social.....	105
Quadro 15	Como acontecem as reuniões com a entidade para discutir o que esta sendo deliberados no Conselho e como são apresentadas as demandas da entidade ao Conselho.....	106
Quadro 16	Dificuldades encontradas para ser conselheiros de saúde.....	108
Quadro 17	Quais as dificuldades para que exista uma rotatividade nas representações no Conselho.....	109
Quadro 18	A falta de resposta do gestor aos assuntos do Conselho.....	111

Quadro 19	O que representa o Conselho de Saúde.....	112
Gráfico 1	Composição do CMSPEl.....	66
Gráfico 2	Características dos conselheiros quanto ao sexo.....	91
Gráfico 3	Características dos conselheiros quanto à idade.....	91
Gráfico 4	Características dos conselheiros quanto à escolaridade.....	92

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZANDO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL NA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DE 1980 E AS MUDANÇAS OCORRIDAS PÓS 1990.....	23
1.1 Participação e Controle Social na Saúde.....	23
1.1.1 O Processo de Construção da Participação Social no Brasil.....	28
1.2 A Reforma do Estado – Retrocesso das Políticas Sociais.....	36
1.2.1 As Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado.....	40
1.3 Conselhos de Saúde.....	44
1.3.1 Considerações Finais.....	50
CAPÍTULO II: CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS: FORMAÇÃO E PARTICULARIDADES.....	52
2.1 Características do Município de Pelotas.....	52
2.1.1 O Sistema de Saúde do Município.....	54
2.1.2 O Conselho Municipal de Saúde de Pelotas.....	61
2.2 O Processo das eleições no CMSPel.....	68
2.2.1 As Comissões permanentes no CMSPel.....	69
2.2.2 As Plenárias no CMSPel.....	72
2.3 Considerações Finais.....	74
CAPÍTULO III: ANÁLISE DA REPRESENTATIVIDADE DO SEGMENTO DOS USUÁRIOS NO CMSPel.....	75
3.1 Análise das Atas do Conselho.....	76
3.1.1 As Conferências Municipais de Saúde de Pelotas.....	81
3.2 O Perfil dos Conselheiros Representantes dos Usuários quanto ao Sexo, Idade e Escolaridade.....	90
3.2.1 A Percepção dos Conselheiros sobre a importância do CMSPel.....	92
3.2.2 Comunicação/articulação entre representantes e representados.....	95
3.2.3 As dificuldades encontradas para ser Conselheiro de Saúde.....	102

3.3 Análise das Entrevistas.....	104
3.3.1 O Controle Social na visão dos Conselheiros.....	104
3.3.2 A reunião com as entidades e as demandas levadas ao Conselho.....	106
3.3.3 A não resposta do gestor aos assuntos deliberados no CMSPEl.....	110
4. Considerações Finais.....	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	118

INTRODUÇÃO

A mobilização da sociedade civil brasileira na participação e controle social na área da saúde toma vulto no Brasil a partir das décadas de 1970/80. Nesse período, tem-se a efervescência dos movimentos sociais, sindicais, populares e de setores ligados à saúde, que estavam descontentes com o sistema de saúde existente no País. E esses novos atores entram em cena e desencadeiam uma luta para que o sistema de saúde que, era excludente, se tornasse um sistema universal e igualitário.

Essa luta irá se fortalecer quando da realização da histórica VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a qual mostrou a participação maciça da sociedade reunindo mais de quatro mil pessoas que exigiam do Estado um sistema de saúde universal e igualitário, bem como a descentralização e a participação da sociedade na área da saúde. A partir dessa Conferência, foram norteadas as diretrizes para a implementação do Sistema Único de Saúde.

A consequente mobilização da sociedade civil resultou na promulgação da Constituição de 1988, que descentralizou a gestão da política de saúde e foi normatizada através das Leis 8080 e 8142 de 1990, as quais regulamentaram o SUS e a participação da sociedade civil nas tomadas de decisão através dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

A mobilização da sociedade civil organizada é um poderoso instrumento do Controle Social, e os Conselhos são um dos mecanismos para que esse controle aconteça, desde que bem estruturados e com conselheiros capacitados para desempenhar suas funções.

Os Conselhos de Saúde em níveis municipais são considerados novos espaços de participação da sociedade na tomada de decisão da Política de Saúde dos municípios. Portanto, tem sido objeto de estudos de vários autores (CORREIA, 2005; HEIDRICH, 2002; e SILVA, 2007), que defendem a importância desses espaços, mesmo sendo contraditórios e enfrentando dificuldades, pois, dentro do Conselho, podem ser defendidos os interesses do capital, como também os interesses dos usuários, dependendo de como serão aprovadas as propostas apresentadas (CORREIA, 2005). Uma das dificuldades que os Conselhos enfrentam, é a subordinação e a obediência por parte de alguns conselheiros às

orientações para decisão de propostas dos órgãos gestores (SILVA, 2007). Conforme Moreira e Escorel (2008) no ano de 2008 existiam 5563 Conselhos de Saúde, totalizando 98,27% dos municípios. Mas o fato de a existência do Conselho ser obrigatória para receber os repasses dos recursos, tem gerado controvérsias quanto à possibilidade de serem de fato canais de participação (HEIDRICH, 2002).

Com todas as contrariedades, conflitos e dificuldades, os conselhos permanecem como sendo espaços institucionalizados para a sociedade civil organizada exercer o controle social, e muitos mantêm uma luta diária para fazer valer a lei que lhes confere serem deliberativos e fiscalizadores da política de saúde nas três esferas de governo.

Esse mecanismo de Controle Social precisa ser fortalecido com a participação do usuário e, para que isso ocorra, é necessária a articulação do representante com o representado. Os conselheiros representantes dos usuários precisam encontrar estratégias para mobilizar suas entidades, trazerem para os debates os usuários, para que os mesmos se insiram no processo de participação e discussão e, juntos possam estar construindo e transformando a realidade desse Conselho, tornando-o, de fato, espaço de participação popular, onde todos tenham vez e voz. Somente assim, articulados, representantes e representados poderão vencer umas das dificuldades que encontram: a de fazer o enfrentamento com o gestor, fazendo com que este venha a respeitar o Conselho como órgão deliberativo e fiscalizador da política de saúde.

A composição do Conselho é paritária, contando com 50% de seus membros representantes dos usuários. Os assentos são garantidos por entidades representadas por esses conselheiros. Mas como ocorre essa participação dos conselheiros representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Pelotas? Com esse problema levantado para se fazer a pesquisa e diante da importância do Conselho como espaço de participação, nosso trabalho se propôs a conhecer como ocorre a participação dos conselheiros representantes dos usuários no Conselho, entendendo que os conselheiros são indicados a representar os usuários através de uma entidade, e o que se espera é que essa representação defenda os interesses de seus representados. Propôs-se também atingir os seguintes objetivos específicos: (a) identificar quem são os representantes dos usuários das UBS no CMSPel; (b) analisar a participação dos usuários nas reuniões do Conselho; e (c) conhecer e analisar como acontece a comunicação/articulação

entre conselheiros e usuários quanto às questões e decisões debatidas e deliberadas no Conselho.

Este trabalho foi organizado em três capítulos. O primeiro apresenta o referencial teórico, que irá contribuir para a análise da pesquisa. A primeira parte do capítulo faz uma contextualização histórica da Política de Saúde no Brasil, trazendo todo o processo que desencadeou a participação social nessa política. No sentido contrário, a segunda parte do capítulo traz a Reforma do Estado como um retrocesso a todas as conquistas de participação, enfocando os novos arranjos institucionais, como as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado, enquanto um meio para desresponsabilizar o Estado de suas competências para com o setor saúde. O capítulo aborda, ainda, os Conselhos e as Conferências, que continuam sendo espaços de participação e mobilização da sociedade, os quais, organizados, podem cobrar do Estado que sejam cumpridas as leis, estabelecendo resistência ao processo neoliberal.

No segundo capítulo, é apresentado o município de Pelotas com suas caracterizações quanto à população, o sistema de saúde do município, o próprio Conselho com suas particularidades. O principal objetivo desse capítulo é situar o leitor acerca da importância do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas como importante espaço de participação popular.

Finalmente, o terceiro capítulo apresenta os resultados da pesquisa que foi realizada com os conselheiros que representam o segmento dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Pelotas. Na primeira parte do capítulo, apresenta-se a análise das atas de 2008 e 2009, visando a conhecer como ocorre a participação e intervenção dos representantes dos usuários nas plenárias do Conselho. Objetivou, também, analisar os registros referentes à eleição dos conselheiros da mesa diretora e fazer um breve resgate histórico das Conferências Municipais de Saúde de Pelotas.

Na segunda parte do capítulo, é feita análise dos questionários que foram demonstrados por gráficos e quadros com todas as questões que os conselheiros responderam e suas respectivas respostas. E, na última parte do capítulo foram analisadas as entrevistas com os conselheiros, que, no nosso entender, seriam os representantes dos usuários das UBS. Também foram demonstradas todas as perguntas em quadro com as respectivas respostas.

Concluimos que a participação dos conselheiros representantes dos usuários no Conselho é muito pequena, pois dos vinte e quatro representantes dos usuários, somente quatro conseguem fazer discussões nas plenárias, os demais não participam, apenas se fazem presentes. Entendemos, assim, que a falta de capacitação citada pelos mesmos é um dos fatores que impedem que os sujeitos se tornem parte do processo. A pesquisa revelou que não existem representantes dos usuários das UBS no Conselho. Esse fato se deve (na visão dos conselheiros entrevistados) à falta da formação dos Conselhos Gestores Locais nas UBS, e os que existem não são atuantes. Enfim a falta de comunicação/articulação com as entidades é um fator determinante para que os usuários não se façam presentes nas plenárias.

Como Assistente Social, acredito na importância deste estudo para os profissionais da categoria que trabalham na área da saúde, principalmente nas UBS, onde encontram dificuldades de colocarem em prática o dever de democratizar os direitos e informar à população usuária a existência de espaços onde coletivamente e organizada podem participar e exigir que os direitos sejam respeitados e cumpridos pelos gestores.

Para o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, acredito que a pesquisa contribuirá para que os conselheiros analisem como estão representando suas entidades, e se de fato estão desempenhando o papel que lhes foi concedido dentro do Conselho Municipal. Tal reflexão e análise são para fortalecer o Conselho Municipal de Saúde como importante espaço efetivo de Controle Social.

CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZANDO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL NA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DE 1980 E AS MUDANÇAS OCORRIDAS PÓS 1990

Este capítulo objetiva contextualizar a participação social no Brasil a partir da década de 1980. Nesse período, houve a efervescência dos movimentos populares, sindicais, sociais e dos partidos políticos. Através desses movimentos, novos atores sociais entraram em cena, sendo protagonistas na luta por uma saúde universal e igualitária e no processo constituinte que resultou na Constituição Cidadã de 1988.

Para realizar o estudo da participação social, torna-se necessário trazer à tona o modo como se desenvolveram as estratégias utilizadas pelo setor organizado, que exigia uma melhor qualidade de atendimento à saúde.

Também se faz necessário contextualizar a qualidade da saúde, que será colocada em disputa entre o público e o privado a partir das mudanças ocorridas 1990, com a chamada Reforma do Estado, que traz consequências até os dias atuais na área da saúde.

1.1 Participação e Controle Social na Saúde

A expressão Controle Social tem sido usada por vários segmentos da sociedade – movimentos populares e sindicais, partidos políticos, organizações não-governamentais, gestores das três esferas de governo, estudiosos e pesquisadores da área social – com sentidos diferentes, conforme a concepção de Estado e sociedade civil adotada e a interpretação da relação entre essas esferas (CORREIA, 2005, p. 47).

Para o nosso trabalho, iremos usar a concepção de Controle Social instituída na Constituição de 1988 e através da Lei nº. 8142/90, que legitimou a participação da sociedade civil no Controle Social da Política de Saúde através dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

Como aponta Correia:

A participação social nessas políticas foi concebida na perspectiva do controle social exercido pelos setores organizados na sociedade desde as suas formulações – planos, programas e projetos -, o acompanhamento de sua execução, até a definição de alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. Foi institucionalizada pelas conferências, que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política específica nas três esferas de governo, e pelos conselhos gestores, que são instâncias colegiadas de caráter deliberativo com composição paritária, entre os representantes dos segmentos dos usuários e os demais segmentos (CORREIA, 2005, p.63).

Para se chegar a essas instâncias de participação, foi necessária muita luta da sociedade brasileira organizada em vários setores. Segundo Côrtes (s/d), até a década de 1970, existiam mecanismos de participação institucionalizados, e esses eram unicamente na área previdenciária.

Podemos considerar, como as primeiras formas de participação dos trabalhadores nas decisões das empresas, as que ocorreram através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), nas quais havia eleição para o representante dos trabalhadores contribuintes. Depois, com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), tinha-se participação, mas esta já carecia, no entanto, de autonomia em relação ao Estado, pois o governo já interferia na escolha dos representantes dos trabalhadores (CÔRTEES, S/D).

Com o regime militar a partir de 1964, segundo Cortes (s/d), houve centralização do poder, e consistiu-se um padrão autoritário de administração pública, no qual o planejamento e a gestão eram baseados em decisões técnicas, impedindo os canais abertos de se manifestarem, fechando todos os mecanismos de participação dos trabalhadores em órgãos decisórios e consultivos da previdência (CÔRTEES, S/D, p.248).

A partir de 1974, a sociedade brasileira passava por transformações entre Estado e sociedade, baseadas por críticas ao regime militar, sobretudo na área social, pois a sociedade cobrava do Estado a dívida social acumulada durante o período militar, que era de repressão da voz da sociedade. O então presidente militar empossado em 1974, General Ernesto Geisel, começou uma “lenta e gradual” abertura política com um novo “discurso social”, unido ao II Plano Nacional de Desenvolvimento (PAIM, 2008, p. 69). Segundo Côrtes (s/d), esse plano defendia a implementação de novas estratégias de planejamento social, mas as ações mais

inovadoras foram aquelas que visaram a estender o acesso a serviços de saúde às populações excluídas desse serviço.

Conforme Escorel, Nascimento e Edler:

A estratégia do governo do general Geisel (1974-1979), possibilitou ao movimento sanitário apresentar propostas transformadoras no sentido de melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações mais carentes (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.67).

Nesse contexto de abertura dos governos militares, em 1980, realiza-se a VII Conferência Nacional de Saúde. Segundo Paim (2008), esta vem com um “discurso democrático” por parte do governo, o qual enfatiza a atenção primária de saúde e apresenta o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), apelando para a “participação popular” e prometendo o resgate da “dívida social” com o povo brasileiro.

Mesmo que tal programa não tenha saído do papel, foi um avanço do Ministério da Saúde, por ter pensado, pela primeira vez, na atenção básica de saúde para a população.

Como aponta Côrtes (s/d), em 1984 é criado o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), as quais faziam parte da estratégia do regime militar para reduzir custos da previdência. O objetivo era melhorar a rede de serviços de saúde espalhadas nos três níveis de governo. Para facilitar as ações dos provedores públicos, foram criadas as comissões institucionais nos níveis federal, estadual, regional, municipal e local, definidas por Cortes como:

Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN); Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS); Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS); Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Local Interinstitucional da Saúde (CLIS). As três primeiras comissões eram compostas por representantes dos prestadores de serviços e do governo, e as duas últimas previam o envolvimento de entidades comunitárias, sindicatos, gremiais, representativas da população local (CÔRTEES, S/D, p. 251).

Como se pode perceber, as duas últimas comissões eram formadas por representações organizadas da sociedade civil, as quais trouxeram as possibilidades inéditas de participação da sociedade no processo de decisão política, mesmo sendo por setores.

Para Carvalho (1997), “o enfrentamento com o Estado foi associado, com o alargamento de espaços democráticos, a demanda social por bens e serviços de saúde à demanda política por acesso aos mecanismos de poder” (CARVALHO, 1997, p. 96).

A partir desse contexto ganha peso a concepção Gramsciana de Estado ampliado¹. Nessa perspectiva de Estado, há uma correlação de forças e interesses contraditórios, que perpassam pelos interesses das classes dominantes, mas incorporam-se também, demandas das classes subalternas. Até então, mantinha-se um regime autoritário com concepção de Estado restrito², no qual o Estado controla a sociedade em favor das classes dominantes, implementando políticas sociais para somente amenizar conflitos.

A abertura gradual permite, portanto, a incorporação de interesses da sociedade civil brasileira, cada vez mais organizada e participativa, possibilitando que se considere estar adotando uma visão ampliada do Estado e deixando, para trás, a noção de Estado restrito.

Segundo Gohn (2003), “o processo de participação da sociedade civil e sua presença nas políticas públicas conduz ao entendimento do processo de descentralização da sociedade brasileira” (GOHN, 2003, pp.13 -14).

Cabe ressaltar que, com a descentralização defendida pela Reforma Sanitária, o poder central sai do governo federal e se consolida nos estados e municípios, os quais também passam a ser responsáveis pelas questões da saúde, como financiamentos e alocação dos recursos, assim como a implementação dos Conselhos locais e as Conferências.

Para Bravo (2006), do processo de democratização e descentralização nos anos 1980 é que resultou a temática do Controle Social, pois institucionalizou os mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988.

¹ Expressão que designa a concepção de Estado em Gramsci. O Estado, por incorporar também a sociedade civil com seus aparelhos de hegemonia, além da sociedade política com sua concepção coercitiva, amplia sua função: manter o consenso de uma classe sobre a outra. E, para tanto apreende, por vezes, demandas das classes subalternas (CORREIA, 2002 p. 121).

² Denominação dada à concepção de Marx sobre o Estado, por estar a serviço de uma só classe, a burguesia. Esta concepção está expressa no *Manifesto Comunista* (1948): “Estado não é mais do que um comitê para gerenciar os negócios de toda a burguesia” (CORREIA, 2002, p. 120).

Assim, a Constituição de 1988 é um marco na questão da participação e Controle Social na saúde. Considera-se Constituição Cidadã, por garantir os direitos sociais e ter contado com a participação da sociedade brasileira durante sua construção no processo constituinte. A Constituição de 1988 prevê espaços de participação da sociedade civil, nos quais novos sujeitos coletivos participam das decisões e controlam as ações do Estado no que tange aos financiamentos e alocação de recursos, resultando no que se pode chamar de democracia participativa. Esta se dá através dos Conselhos, Conferências e outros mecanismos da participação direta da população.

Entende-se por democracia participativa aquela em que os cidadãos deliberam sobre assuntos de interesses coletivos, os de maior importância da ordem constitucional. Nesse sentido, a Constituição de 1988 combina representação e participação direta, tendendo para a democracia participativa, pois, em seu Artº 1, “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de seus representantes eleitos, ou diretamente nos termos desta Constituição”. E em seu Artº 14 “A soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com igual valor para todos, e, nos termos desta lei, mediante: I plebiscito; II referendo; III iniciativa popular” (Brasil, 2007).

Mas, para essa democracia participativa se concretizar, é necessário, como aponta Silva (2007), “uma mobilização social de acordo com a capacidade da sociedade civil organizada de interferir na gestão pública” (SILVA, 2007, p. 226).

Assim, entende-se que os Conselhos bem formados, a partir de conselheiros conscientes de sua representatividade e seu papel político, são canais de mobilização da sociedade. Mesmo sendo espaços contraditórios³, podem ser processos para provocar mudanças e transformações, tornando o sujeito partícipe nas tomadas de decisões.

Para Correia (2005), o Controle Social na saúde está voltado em defesa do SUS e de sua efetivação, “resgatando seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, a todos os níveis de complexidade do sistema, garantindo a qualidade dos serviços” (CORREIA, 2005, p.64).

³ Tomamos como base a afirmação de Correia que assim se expressa: “Os Conselhos, constitui-se em espaços contraditórios em que, de um lado, pode formar consenso contrarrestando os conflitos imanentes ao processo de acumulação de capital e, de outro, pode possibilitar aos segmentos organizados da sociedade civil que representam as classes subalternas, defenderem seus interesses na política de saúde” (CORREIA, 2006, p.127).

O Controle Social na saúde foi contemplado na Constituição de 1988, não como concessão, e sim como conquista das classes organizadas, não só da população usuária, mas também de profissionais intelectuais que defendiam e entendiam que a saúde deveria ser “dever do Estado e direito do cidadão”.

A Política de Saúde, como as outras políticas sociais, não foi dada pelo Estado uma vez por todas, foram resultados de processos de organização e mobilização social, construídos coletivamente. Sua existência dependeu das lutas organizadas pelos movimentos sociais, sindicatos, comunidades, categorias profissionais e outros setores da sociedade civil que exigiam direitos iguais na saúde. Um desses fortes movimentos foi o da Reforma Sanitária, do qual trataremos no seguinte item.

1.1.1 O Processo de Construção da Participação Social no Brasil

Para entender o processo que desencadeou o Movimento da Reforma Sanitária, é necessário situar os antecedentes relacionados ao atendimento à saúde que existiam no país. O ponto de partida para este estudo é a criação da Lei Elói Chaves, em 1923.

Porque segundo Simões (2007), essa Lei, inaugura a Previdência Social brasileira, a qual institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). As CAPs asseguravam, aos empregados dos setores marítimos, portuários, ferroviários e empregados vinculados à infraestrutura dos serviços públicos, benefícios básicos de aposentadorias e pensões das empresas organizadas. Tais Caixas eram organizadas por empresas e eram administradas pelos trabalhadores e empregadores, viabilizando, assim, a participação direta do trabalhador nas questões deliberativas das mesmas.

Conforme o mesmo autor, o governo de Getúlio Vargas, em 1930, institui um sistema corporativista, voltado especificamente para os trabalhadores, incentivando-os à integração no sistema sindical, transformando as antigas CAPs em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Estes Institutos, organizados por categorias profissionais, asseguravam o acesso dos trabalhadores a um plano de assistência médica. Os serviços desses planos passaram a ser prestados diretamente em hospitais ou clínicas conveniadas. Os convênios eram feitos com as empresas, e os

médicos eram assalariados das empresas ou credenciados por elas. Portanto, o serviço de assistência médica era prioridade dos trabalhadores inseridos em empregos formais e organizados em sindicatos. Cabe lembrar que o sindicalismo instituído por Vargas, ficava atrelado aos interesses do Estado, excluindo automaticamente a participação direta do trabalhador nas decisões, pois o mesmo passava a ser representado pelo seu sindicato.

No período da “era Vargas”⁴, segundo Bravo(2006), a política de governo baseou-se na saúde pública e na medicina previdenciária. Nesse período, o Ministério da Saúde era ligado ao Ministério da Educação. O Ministério da Saúde adotava medidas alternativas para saúde pública, como: ênfase às campanhas sanitárias, combate a endemias, epidemias, etc. Esse sistema de os Ministérios atuarem juntos perdura até 1953, quando os mesmos são desmembrados, criando-se, então, o Ministério da Saúde, desligando-o do Ministério da Educação. Mesmo com a criação do Ministério da Saúde, pouco mudam as medidas adotadas pelo governo Vargas em relação à saúde da população.

A mesma autora diz que a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada já estava montada a partir dos anos 1950 e apontava para a linha de formação de empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento pelo Estado da produção privada, defendendo claramente a privatização. A despesa com a assistência médica crescia a cada ano, confirmando, desse modo, a importância crescente da assistência médica previdenciária.

Diante desse quadro, Simões (2007) coloca que, em 1960, depois de muita tramitação, é aprovada a Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), que veio estabelecer a unificação do regime da previdência social, abrangendo todos os trabalhadores em regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)⁵, excluindo os trabalhadores rurais, domésticos e servidores públicos e de autarquias que tivessem seus regimes próprios de previdência. Segundo o mesmo autor, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) não se incorporaram à unificação. Os IAPs prevaleceram até 1966, quando o regime militar unifica o sistema de benefícios, extinguindo os IAPs e criando, em 1967, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (SIMÕES, 2007, pp.134 -5).

⁴ “Era Vargas” que vai desde 1930 a 1945.

⁵ Decreto – Lei nº. 5452, de 1º de maio de 1943 – Consolidação das Leis do Trabalho, sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas (Ministério do Trabalho e Emprego).

Para Bravo (2006), a unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs , deu-se para atender às características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade; e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, excluídos da gestão da Previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores.

A cobertura à saúde garantida pela previdência era excludente, porque somente os trabalhadores assalariados e com carteira assinada eram beneficiados. A partir de 1971, já com fortes críticas ao sistema por setores que estavam se organizando para que a saúde abrangesse toda a população, são incorporados aos benefícios da previdência os trabalhadores rurais, autônomos e empregados domésticos, mediante, logicamente, contribuição, segundo Simões (2007).

O contingente de contribuintes aumentava como também a assistência à saúde do trabalhador, com isso o INPS não estava conseguindo administrar o atendimento previdenciário e da saúde. Assim, o governo cria o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978, que, segundo Arretche (2005), “fica encarregado do financiamento e gestão da assistência médica, bem como da seleção, contratação e pagamento dos provedores de serviços no nível nacional” (ARRETCHE, 2005, p. 287).

Pode-se dizer que o atendimento à saúde no regime militar foi pautado na assistência médica privatista, pois o regime serviu de acumulação do capital, privilegiando o produtor privado com a criação dos complexos médicos industriais e beneficiando as multinacionais produtoras de medicamentos e equipamentos médicos. A prática médica no período era baseada na lucratividade. Ao Ministério da Saúde, cabiam somente as ações focalizadas, como, por exemplo, priorizar as endemias e epidemias e, mesmo assim, não conseguia solucionar os principais problemas que assolavam a população.

Bravo (2006) salienta que “o bloco de poder instalado no aparelho estatal de 1964, não conseguindo, ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, precisou gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil” (BRAVO, 2006, p.94). As lutas da população pela saúde são antigas e complexas. Mas é a partir de 1970 que adquirem maior consistência, gerando consequências significativas para a política de saúde.

O contexto da década de 1970, tensionado pela ditadura militar e desfavorável à participação social, paradoxalmente impulsionou o surgimento de movimentos sociais e as lutas por eles travadas. Com o fechamento dos canais tradicionais de

participação – sindicatos e partidos – a insatisfação de segmentos da população encontrou outros pontos de vazão. Um desses pontos foi o Movimento da Reforma Sanitária.

Conforme Arouca (1998), de 1974 a 1979, muitas experiências institucionais tentam colocar em prática diretrizes da reforma sanitária, como descentralização, participação e organização. Quando a ditadura militar chega ao seu esgotamento, o movimento já tinha propostas.

As propostas debatidas pelos sujeitos coletivos, conforme Bravo (2006), eram a universalização do acesso à saúde, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a descentralização do poder, passando as decisões também para as esferas estaduais e municipais, o financiamento efetivo e a descentralização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde e as Conferências (BRAVO, 2006, p. 96).

Segundo a mesma autora, na década de 1980, a saúde brasileira contou com novos sujeitos na participação da construção do projeto da reforma sanitária, os debates permeavam a sociedade civil. Entre os novos sujeitos que entram em cena, destacam-se: (a) os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo melhorias no setor saúde e o fortalecimento do setor público; (b) o movimento sanitário que teve o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como um meio de propagação do debate em torno da saúde e da Democracia, elaborando contrapostas; (c) os movimentos populares e sociais urbanos, que realizavam eventos articulados com entidades da sociedade civil; (d) a categoria do Serviço Social, que, nos anos 1980, inaugura o debate da ética no Serviço Social, rompendo com a ética do tradicionalismo filosófico, assumindo o compromisso com a classe trabalhadora e rompendo com corporativismo profissional; e (e) os partidos políticos de oposição, que começam a colocar a temática em seus programas e viabilizando debates no Congresso (BRAVO, 2006, pp.95 - 6).

Os debates desses movimentos iniciados em plena ditadura militar baseavam-se na construção de uma nova política de saúde, efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais aos debates para a reforma do setor.

Esses debates foram ganhando consistência significativa, devido ao número de trabalhadores informais que crescia, assim como ao contingente de desempregados,

e esses estavam sem assistência médica, ficando à mercê da filantropia e da caridade.

Conforme Paim (2008), em 1979, quando inicia o governo do presidente Figueiredo, este iniciou com o III Plano Nacional de Desenvolvimento (III PND), que nada trazia de novo em relação à saúde e à previdência. O III PND repetia os mesmos textos de outros planos de desenvolvimento, tais como: ampliar e melhorar o sistema de saúde pública, combater as endemias, fortalecer as atividades da medicina preventiva, reduzir custos, expandir atividades previdenciárias, “inclusive no setor privado”. O Ministério da Saúde, reconhecido com as funções de definir e coordenar as políticas de saúde, apontava para a descentralização de atividades para Estados e Municípios e prometia uma desburocratização e racionalização do sistema de arrecadação da Previdência (PAIM, 2008, p. 83).

O mesmo autor afirma que, com o conteúdo do III PND, não se esperava nada de novo daquele governo, mas, ao contrário a VII Conferência de Saúde, realizada em março 1980, constituiu-se num marco do chamado discurso “democrático-social” do Estado brasileiro, enfatizando a atenção primária da saúde. O governo também anuncia o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prév-Saúde), o qual enfatizava a atenção primária da saúde, apelava à “participação social” e prometia o resgate da “dívida social” para com os excluídos do processo de desenvolvimento brasileiro (PAIM, 2008, p.84). Esse programa pode-se dizer, foi um avanço do Ministério da Saúde, que pela primeira vez havia pensado em medidas de atenção básica à saúde da população, mas recebeu críticas por parte de integrantes do próprio governo, que lamentavam a apropriação do discurso de esquerda pelo governo. Isso, porque o I Simpósio de Política da Saúde, ocorrido em 1979, discutiu e apresentou a primeira proposta de reorientação do sistema de saúde, tendo por referência essa proposta, o CEBES, que se contrapunha ao sistema vigente.

Mesmo tendo sido uma proposta de avanço ao sistema de saúde, e gerado muita discussão por parte de vários setores da sociedade para sua implementação, o Prev-Saúde não saiu do papel, porque não foi aceito pelo INAMPS e pelo setor médico empresarial devido a interesses na medicina capitalista. Mas se fazia necessário encontrar uma solução para o atendimento da saúde. Era preciso organizar a assistência médica à população, estabelecendo mecanismos de controle e avaliação para disciplinar o atendimento dos serviços.

Conforme Escorel, Nascimento e Edler (2005), em 1981 é criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que deveria operar como organizador e racionalizador da assistência médica.

O CONASP deveria sugerir critérios para alocação dos recursos previdenciários do setor saúde, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, bem como analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social – em resumo, diminuir e racionalizar os gastos (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.73).

O CONASP não resolveu o problema financeiro da Previdência, ao contrário, agravou a crise. Era necessário haver mudanças no sistema médico-hospitalar da Previdência Social. Como aponta Paim (2008), em 1982 é criado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, conhecido como Plano do CONASP, que viria ser orientado por dez princípios, representando uma mudança na Política de Saúde do Brasil, com a incorporação de políticas de racionalização da assistência médica da Previdência Social, a saber: a) prioridade às ações primárias, ênfase à assistência ambulatorial; b) integração das instituições (federal, estadual e municipal) no sistema regionalizado e hierarquizado; c) utilização plena da capacidade de produção; d) estabelecimento de níveis e limites orçamentários; e) administração descentralizada de recursos; f) participação complementar da iniciativa privada; g) critérios mais racionais para prestação de serviços (públicos e privados) e melhorias nas condições de atendimento; h) simplificação de pagamento de serviços a terceiros, com o controle dos órgãos públicos; i) racionalização na prestação de serviços de custo elevado; j) implantação gradual da reforma com reajustes eventuais (PAIM, 2008, p. 91).

O Plano do CONASP resgatava alguns princípios do Prev-Saúde, e foi um documento oficial no qual pela primeira vez observou-se uma posição crítica ao sistema de saúde previdenciário, assim se avaliaram as formas que existiam no governo sobre o financiamento ao setor privado.

Em 1982, um projeto do Plano do CONASP foi criado, denominado Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS). Tal programa foi desenvolvido como estratégia na reorientação para a descentralização da saúde, processo que estava em construção. O PAIS era vinculado ao INAMPS, às secretarias estaduais e

municipais, formando, assim, convênios trilaterais e, em 1984, foi apresentado como “estratégias” das Ações Integradas de Saúde (AIS), envolvendo, além do INAMPS, o Ministério da Saúde e da Educação (PAIM, 2008, p.95).

Em relação a essas estratégias, Costa (1998) afirma:

Mesmo com dificuldades, as estratégias das AIS impulsionaram novos arranjos institucionais, mediante os colegiados estaduais, municipais, locais ou regionais, que provocaram, em meados da década de 80, um visível deslocamento dos gastos em internações hospitalares e consultas médicas do setor privado para agências de governo, especialmente os hospitais universitários e secretarias municipais (COSTA, 1998, p. 104).

As AIS, segundo Mansur (2001), marcaram a passagem do modelo de atenção à saúde previdenciária para um modelo universalista, com o principal objetivo de expandir a atenção primária à saúde.

Conforme Cohn (1987), a saúde passa a requerer mais que mera assistência médica (curativa e preventiva), necessitando de condições dignas de vida e trabalho. Portanto, extrapola a competência do setor saúde, permeando o trabalho e as políticas sociais de educação e habitação e, também o lazer.

Pensando a saúde com suas especificidades, frente a esse contexto que envolve outros canais institucionais e outras instâncias, em 1987 é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e consolidam-se as AIS. O SUDS representou um avanço à articulação intersetorial para a descentralização e unificação da saúde no Brasil.

Segundo Cohn:

Não se trata mais, fundamentalmente, de buscar um divisor de competências e clientela entre Ministério da Saúde e a Previdência e Assistência Social, mas parte-se agora da premissa de uma integração da área de atuação de ambos, viabilizadas através da Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Essas secretarias, através de governos tripartites (União, Estado e Município), implementarão, sobre sua responsabilidade, a assistência médica, constituindo um sistema unificado e integrado de saúde. À medida que à União ficará reservada a tarefa normatizadora e de repasse de recursos para essas outras esferas de poder, viabiliza-se por essa via a descentralização (COHN, 1987, p.56).

Portanto, o SUDS foi criado com o compromisso de resgatar a dívida social a curto prazo, sendo que os Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social estabeleceram as bases de uma política comum, que fosse coerente com os princípios da Reforma Sanitária.

O Movimento da Reforma Sanitária foi uma demonstração de organização popular, democracia e cidadania, uma vez que, a partir dele, empreendeu-se a luta pela construção do Sistema Único de Saúde (SIMÕES, 2007).

Toda a articulação do Movimento da Reforma Sanitária, segundo Bravo (2006), culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, em Brasília. Essa Conferência é um marco histórico que contou com a participação de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados, introduzindo, assim, a participação da sociedade civil no debate da saúde. Nessa Conferência, foram definidos, nos debates, os princípios e as diretrizes básicas sobre as quais o SUS foi institucionalizado, principalmente, no que tange ao acesso universal e igualitário que está estabelecido no Título VIII, na Seção II, no art. 196 da Constituição de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2007).

A questão da participação social nas deliberações da Política de Saúde também teve destaque na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, devido ao fato de a população ter sido inserida no processo Constituinte, podendo acompanhar, determinar e fiscalizar a política de saúde. Um dos resultados desse processo foi à garantia da participação popular nas definições da Política de Saúde na Constituição de 1988, regulamentada, em 1990, através da Lei nº. 8142⁶. Mas a conquista desses espaços de participação e Controle Social encontrou muita resistência por parte de setores conservadores do próprio governo, bem como do setor privado, que eram contrários à participação da sociedade nas decisões

⁶ O Sistema Único de Saúde foi normatizado em duas leis, a saber: Lei 8080/1990 e Lei 8142/1990. A segunda Lei foi apresentada porque toda a parte que tratava da participação popular na Lei 8080/1990, originalmente aprovada pelo Congresso Nacional, foi rejeitada pelo então Presidente da República, Fernando Collor de Mello.

políticas na área da saúde. Depois de muita discussão e debate, foi aprovada a participação da sociedade civil através dos Conselhos e das Conferências.

Ficou estabelecido, na Lei nº. 8142/90, que os Conselhos têm caráter deliberativo e permanente e composição paritária entre a sociedade civil organizada e demais segmentos. Com a descentralização da política de saúde, os Conselhos e as Conferências⁷ tornaram-se realidade no Brasil (CORREIA, 2005).

Para Gonh (2003), a partir da Constituição de 1988, com a criação dos Conselhos, gera-se uma “nova institucionalidade pública”, pois cria-se uma nova esfera social-pública ou pública não-estatal, viabiliza-se a participação de segmentos sociais na formulação de políticas sociais e possibilita-se à população o acesso aos espaços nos quais se tomam decisões políticas (GONH, 2003, p.85).

Ainda que legalmente a década de 1980 tenha terminado com muitos avanços no que tange à participação social, e a década de 1990, iniciado com a aprovação das Leis que normatizam o SUS, esta mesma década foi cenário do início do recuo das políticas sociais. A partir dos anos 1990, o governo brasileiro, (assim como toda a América Latina e o Caribe), passa a adotar o receituário neoliberal, buscando a “Reforma do Estado”, como veremos a seguir.

1.2 Reforma do Estado – Retrocesso nas Políticas Sociais

As medidas adotadas pelos Estados capitalistas que ficaram conhecidas com o objetivo de sanar “a crise econômica” a partir dos anos 1990, chamadas de Reforma do Estado, trouxeram consequências significativas para os financiamentos e os recursos das políticas sociais, principalmente, na área da saúde. O ajuste fiscal recomendado pelas agências internacionais, FMI e Banco Mundial, vai beneficiar o grande capital em detrimento das políticas sociais, pois, segundo recomendações dessas agências, os recursos devem ser reduzidos e o maior valor *per capita* arrecadado pelo Estado, deve ser para pagamento da dívida externa. Dívida essa, adquirida nos períodos anteriores.

Em consequência desses reajustes na economia, as desigualdades sociais aumentaram, uma vez que o Estado minimizou sua atuação, diminuindo os

⁷ Os Conselhos e as Conferências serão tratados no subitem 1.3 deste capítulo.

investimentos para área social, incluindo a saúde. O receituário neoliberal ditado pelas agências multilaterais, Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Internacional de Desenvolvimento (BID) e Banco Mundial, foi adotado após o acordo do “Consenso de Washington”.

Tal acordo, conforme Negrão (1998), foi uma reunião que aconteceu em 1989, em Washington, nos Estados Unidos, onde se reuniram diversos economistas latino-americanos de perfil liberal e funcionários do FMI, Banco Mundial e Banco Internacional de Desenvolvimento (BID) e do governo norte-americano, para tratarem dos ajustes para uma reforma econômica dos países da América Latina.

Negrão (1998) afirma, ainda, que nessa reunião ficaram conhecidas as dez regras universais que iriam reger os países periféricos, a partir de então:

1. Disciplina fiscal, através da qual o Estado deve limitar seus gastos à arrecadação, eliminando o déficit público;
2. Focalização dos gastos públicos em educação, saúde e infra-estrutura;
3. Reforma tributária que amplie a base sobre a qual incide a carga tributária, com maior peso nos impostos indiretos e menor progressividade nos impostos diretos;
4. Liberalização financeira, com o fim de restrições que impeçam instituições financeiras internacionais de atuar em igualdade com as nacionais e o afastamento do Estado do setor;
5. Taxa de câmbio competitivo;
6. Liberalização do comércio exterior, com redução de alíquotas de importação e estímulos à exportação, visando impulsionar a globalização da economia;
7. Eliminação de restrições ao capital externo, permitindo investimento direto estrangeiro;
8. Privatização com a venda de empresas estatais;
9. Desregulação, com redução da legislação de controle do processo econômico e das relações trabalhistas;
10. Propriedade intelectual.

Portanto, se o Brasil e os demais países da América Latina e o Caribe quisessem continuar recebendo ajuda financeira dessas agências internacionais deveria ajustar a sua economia às novas regras.

Heidrich (2002) afirma que a Reforma do Estado foi orientada para o mercado, exigindo o abandono, por parte dele, dos recursos aos serviços públicos, especialmente, na área social. O Estado passa a adequar-se às demandas das agências internacionais, sob pena de não conseguir participar do mercado internacional e, com isso, desresponsabiliza-se de suas obrigações de assegurar os direitos dos cidadãos. Direitos universais que foram resultado de uma luta muito árdua defendida na Constituição Federal de 1988 e, principalmente na Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº. 8080/90 (BRASIL, 2007).

A política do neoliberalismo critica e abomina a ideia dos direitos universais, focando somente o atendimento às populações mais carentes, desrespeitando as conquistas anteriores. Conforme Behring e Boschetti (2007), “o trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais foi assim definido - privatização, focalização/seletividade e descentralização”. (BEHRING e BOSCHETTI, 2007, p.155).

Importante destacar que a descentralização defendida pelo neoliberalismo tem sentido distinto da descentralização da Reforma Sanitária, pois a descentralização defendida pela Reforma do Estado está baseada no favor, na terceirização dos serviços públicos e no voluntariado, este último, chamando a sociedade civil a ser responsável pelas ações que deveriam ser do Estado. Consequentemente, descentralização neoliberal é sinônimo de desresponsabilização do Estado.

Bravo e Matos (2007) afirmam que:

O objetivo da Reforma do Estado, segundo seus ideólogos, é a condução a um Estado fortalecido, com finanças recuperadas e uma administração gerencial e eficiente, com vistas a recuperar a chamada administração pública burocrática, tendo como componentes básicos: a delimitação das funções do Estado, a redução do grau de interferência do Estado, o aumento da governança e da governabilidade⁸ (BRAVO e MATOS, 2007, p. 206).

A governabilidade vem a ser a legitimidade dada pela sociedade ao Estado e ao seu governo, e governança, a capacidade que o Estado ou o governo tem de usar seus recursos financeiros e administrativos para organizar e colocar em

⁸ Governança e Governabilidade, neologismos de palavras inglesas, significam respectivamente, a capacidade política de governar, capacidade esta que deriva da relação de legitimidade do Estado e do seu governo com a sociedade; e a capacidade financeira e administrativa do Estado na implantação de suas políticas (BRESSER PEREIRA, 1997, p.45).

práticas as políticas públicas. Portanto, governabilidade tem a ver com estrutura e governança, com processo. A primeira diz respeito ao arcabouço político, jurídico e social que permita a elaboração e o implemento das políticas públicas. A segunda, à capacidade do governo de administrar, articular interesses existentes e efetivamente implantar essas políticas (OLIVEIRA, 2008).

Por conseguinte a polêmica sobre a reforma do Estado está pautada na ineficiência deste em administrar os recursos para as políticas sociais. Segundo Bravo e Matos (2007), a solução neoliberal seria o Estado abrir mão de suas responsabilidades para com as políticas sociais, delegando as mesmas para a sociedade civil ou para as Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de caráter privado, mas sempre gerenciando-as com os recursos públicos.

Esse financiamento de recursos públicos para as Organizações e Fundações é um dos fatores que debilitam as políticas sociais, porque o investimento que poderia ser utilizado na saúde, educação e assistência são repassados a essas organizações para as mesmas realizarem os serviços que deveriam ser realizados pelo Estado, principalmente, os serviços de custo elevados, desrespeitando o cidadão. Sobre isso Casanova (2008) diz que, com a globalização e o neoliberalismo, os direitos dos cidadãos e, sobretudo, os princípios do SUS, como a universalidade e a equidade, estão sendo desrespeitados. Uma vez que os governos, desde 1990, vêm trabalhando com a focalização, a seletividade, a privatização e a descentralização (BHERING e BOSCHETTI, 2007), conforme recomendações do FMI, e as políticas sociais como assistência, saúde e educação ficam prejudicadas, a sociedade é chamada ao protagonismo, quando isso deveria ser papel do Estado.

Segundo Correia (2007), “o Estado tem se colocado, cada vez mais, a serviço dos interesses do capital, exigindo o protagonismo da sociedade civil para dar resposta às seqüelas da questão social, desresponsabilizando-se” (CORREIA, 2007 p.1) Sobre esse protagonismo da sociedade que o Estado vem exigindo, Behring e Boschetti (2007) sustentam:

À nova arquitetura institucional na área social - sempre ignorando o conceito constitucional de seguridade – se combinou o serviço voluntário, o qual desprofissionalizava a intervenção nessas áreas, remetendo-as ao mundo da solidariedade, da realização do bem comum pelos indivíduos, através de um trabalho voluntário e não remunerado (BEHRING e BOSCHETTI, 2007, p. 154).

A Reforma do Estado, recomendada pelos organismos internacionais, tem no seu conteúdo a racionalização dos gastos públicos para a área social e o fortalecimento do setor privado. Esse fortalecimento do setor privado vem-se observando desde a implementação das Organizações Sociais e das Fundações Estatais de direitos privados, recomendação do atual governo, que seriam uma nova reestruturação da função do Estado, através do ideário de modernização e flexibilização da gestão do SUS.

Assim, a saúde brasileira vem sendo tensionada por dois projetos: de um lado, o que luta por um SUS legal, que mantenha os princípios da universalidade e equidade, integrantes da proposta da Reforma Sanitária. De outro, o projeto do capital, que defende as reformas recomendadas pelo Banco Mundial e FMI.

Nesse contexto, temos os vinte anos do SUS, e precisamos como diz Correia (2007), entender o paradoxo entre o SUS legal, conquistado e pensado pelo Movimento da Reforma Sanitária no fim dos anos 1980 e início dos anos 1990, e o SUS real, que está sendo atacado no seu caráter universal e público, através das Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado.

1.2.1 As Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado

Como vimos neste trabalho, a intenção do governo e das agências multilaterais de privatizar a “coisa pública” não é novidade. Há muito a área da saúde é tensionada à privatização. No período da ditadura militar, houve incentivo ao setor médico hospitalar e farmacêutico. Mesmo com a luta pela Reforma Sanitária e a conquista do SUS legal, faz-se necessário continuar lutando para o setor saúde permanecer universal e igualitário. E essa luta é constante, pois, a partir de 1990, as características para a privatização vêm-se agravando, fazendo com que se acredite nas recomendações das agências multilaterais, de que o Estado está impossibilitado de gestar as “coisas públicas” e as políticas sociais, já que lhe falta governança.

Nesse contexto, o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, que deu continuidade às privatizações iniciadas no governo Collor e recomendadas pelo FMI e Banco Mundial, sanciona a Lei nº. 9.637/98, que possibilita ao Poder Executivo qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins

lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e à preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (BRASIL, 1998). Em outras palavras, possibilita ao Estado transferir para a sociedade civil a responsabilização na execução das políticas sociais. Transferem-se, para o setor privado, funções que são essencialmente públicas.

Portanto, a criação das Organizações Sociais (OS) foi estratégia central do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, implementada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) em 1998, com o propósito de “proporcionar um marco institucional de transição de atividades estatais para o terceiro setor e, com isso, contribuir para o aprimoramento da gestão pública estatal e não estatal” (MARE, 1998).

Segundo esse documento,

As Organizações Sociais (OS) são um modelo de organização pública não estatal destinado a absorver atividades publicizáveis⁹ mediante qualificação específica. É uma propriedade pública não estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedades de nenhum indivíduo ou grupo e são orientadas diretamente para atendimento do interesse público (MARE, 1998).

Ao assegurar o direito a financiamento público as OS, o Estado passa de executor ou prestador a mero regulador dos serviços, provendo ou promovendo estes, principalmente a saúde e a educação, que são serviços essenciais à população. Com as OS, o usuário torna-se cliente-cidadão. O Estado, como provedor dos serviços, continuará a subsidiá-los, e as OS serão as responsáveis por executá-los.

O Estado, por sua vez, passa a selecionar e focalizar o atendimento da saúde às populações mais pobres, somente com os serviços essenciais básicos, visto que esses não dão lucro ao capital. A alta e a média complexidade do atendimento ficariam com as OS, pois o lucro sempre está na “mira do capital”. A saúde, de fato, passaria a ser mercantilizada, (se é que ainda podemos considerar que não o seja).

⁹ Segundo Behring e Boschetti (2007), a Reforma do Estado trouxe o Programa de Publicização, que se expressa na criação das agências executivas e das organizações sociais, bem como na regulamentação do terceiro setor para a execução das políticas públicas, ou seja, é a transferência da gestão dos serviços e atividades, exclusivas do Estado, para o setor público não estatal (BENRING e BOSCHETTI, 2007, p. 154).

Como nos coloca Montaño (2003), os serviços de qualidade seriam destinados a quem pode pagar e, por isso, são lucrativos ao capital, constituindo-se, dessa forma, como novo espaço de acumulação.

Daí entende-se a diferença entre cidadão usuário e cidadão cliente. O primeiro é todo indivíduo que usufrui de serviços coletivos, ou seja, universais, que é o caso da saúde. Já cliente é o indivíduo que compra um serviço, com certa regularidade, de um profissional ou de uma empresa. As OS forneceria produtos a quem possa adquiri-los, desobrigando o Estado de garantir a saúde como direito universal.

A reforma do Estado iniciada nos anos de 1990 continua a favorecer o capital, porque, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva também se associou aos ditames do Banco Mundial, quando, em 2005, criou um grupo de trabalho para fazer análises e estudos sobre as formas jurídicas-institucionais da administração pública, com o objetivo de propor ajustes na gestão pública (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2007).

Conforme Correia (2007), o Banco Mundial identifica, em seus documentos, que os problemas da gestão “estão relacionados com a governança, a organização e o funcionamento do setor público em geral” (BANCO MUNDIAL, 2007 *apud* CORREIA, 2007, p. 28).

Como a governança está associada à capacidade do Estado ou governo de administrar, articular interesses e efetivamente implementar as políticas sociais, segundo o documento do Banco Mundial e as análises dos grupos de trabalho feitas pelo governo, a conclusão é que o governo brasileiro não está administrando bem as questões relacionadas com as políticas sociais, aqui, precisamente a saúde. Correia (2007) aponta que são transferidas às Fundações as funções de gerenciamento e administração dos serviços subsidiados com recurso públicos, e o Estado mantém-se como financiador e perde o controle da qualidade dos serviços prestados.

Portanto, segundo o Ministério do Planejamento, as Fundações Estatais de Direito Privado, surgem para dotar o governo de agilidade e eficácia no atendimento. “A essência da Fundação Estatal é aperfeiçoar a gestão dos serviços públicos e melhorar o atendimento do Estado em áreas prioritariamente sociais” (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2007, p. 3).

Nesse contexto de mudanças na governança, o Poder Executivo manda ao Congresso Nacional o Projeto de Lei Complementar nº.92/2007, que cria as

Fundações Estatais com personalidade jurídica de direito privado (CORREIA, 2007, p.28).

Caso seja aprovado, consolida-se a reforma do Estado iniciada pelos governos anteriores, e os recursos públicos continuarão financiando os setores não exclusivos do Estado.

A posição do Conselho Nacional de Saúde é contrária às Fundações Estatais, pois defende que é obrigação do Estado manter a saúde da população, conforme o Artº. 196 da Constituição Cidadã, "saúde é direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 2007). Também a 13ª Conferência de Saúde, realizada em novembro de 2007, foi contrária às Fundações Estatais de Direito Privado (JUNQUEIRA, 2007, p. 86).

Entretanto, como afirma Correia:

O Ministério da Saúde não tem levado em conta estes posicionamentos representativos e legítimos do ponto de vista da democracia, pelo contrário, tem reforçado seu projeto de repasse da gestão SUS para setores não estatais, ao lançar o PAC da saúde, através do Programa Mais Saúde, o qual propõe "novos modelos de gestão como fundações estatais de direito privado" (CORREIA, 2007, p. 35).

A manobra para redução do Estado em favor do capital é visível, pode ser em forma de fundações, organizações, fundações de apoio, etc. O essencial é a redução do Estado para o trabalho de gerenciamento e administração em nome da eficiência e eficácia dos serviços públicos, mascarados com várias denominações, mas que não deixam de ser privatizações.

Segundo Correia, (2007), a privatização acontece exatamente nesse ponto, no qual os recursos públicos para financiamentos na área da saúde são repassados a setores não exclusivos do Estado.

No quadro atual da saúde no Brasil, cabe perguntar: Como fica a participação popular e o Controle Social na saúde através dos Conselhos e das Conferências?

Esses temas serão abordados a seguir, uma vez que foram resultados de muita luta da população brasileira para a conquista desses espaços de Controle Social na saúde, com participação da sociedade civil.

1.3 Conselhos de Saúde

Este subitem tem, como objetivo, trazer o histórico do Conselho Nacional de Saúde desde a sua criação e as mudanças ocorridas nesse órgão durante as décadas subsequentes, até a Constituição de 1988, quando então foram instituídos os Conselhos estaduais e municipais como espaços de participação da sociedade civil e Controle Social da Política de Saúde, sob a Lei 8142/90.

Como aponta Côrtes (2009), o Conselho Nacional de Saúde tem suas origens na década de 1930, e era um órgão consultivo do Ministério da Educação e Saúde Pública, formado por especialistas em saúde pública.

Quando os ministérios de Educação e Saúde são desmembrados em 1953, o Conselho permaneceu com a “finalidade de assistir o Ministro da Saúde” nas determinações dos programas de proteção a saúde. Todos os membros do Conselho faziam parte do governo, ou eram indicados pelo mesmo, e quem o presidia era o Ministro da Saúde. Mesmo com algumas mudanças em sua formação, o Conselho se manteve assim, até ser “recriado” em 1990.

Antes de ser “recriado”, com a participação popular, houve muita luta dos movimentos sociais, sindicais, comunitários, profissionais de saúde, do movimento sanitário, tendo como referência o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) e os partidos políticos de oposição ao regime militar, que, no final da década de 1970 e início de 1980, ampliavam os debates em torno da Saúde e da Democracia, elaborando propostas para um novo sistema de saúde, que fosse universal e igualitário, com a participação da sociedade civil.

Segundo Bravo (2006), esses debates foram se ampliando, e o Movimento da Reforma Sanitária não só defendia um sistema de saúde universal, como também descentralizado, passando o processo decisório para as esferas estaduais e municipais, com financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de participação e gestão – Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006, p.96).

A histórica VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 deu subsídio, em seu Relatório Final, para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 – “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. A partir da Constituição Federal de 1988 e com a normatização do SUS, através das

Leis 8080 e 8142, em 1990, a saúde ganha rumos diferentes, como o direito social, e são criados os Conselhos de Saúde como espaços de participação e deliberação da política em cada esfera de governo.

Mesmo que tenha ocorrido a participação da sociedade civil no sistema de saúde anterior, como nos Conselhos de Administração das CAPs e IAPs, e nas CIMS, a participação prevista em Lei a partir da Constituição de 1988, por meio dos Conselhos de Saúde, diferencia-se da experiência anterior, devido a sua representatividade social, que é expressa por várias poderes e atribuições legais que lhes são conferidos, assim como por terem sido implementados em todo o país, nas três esferas de governo (HEIDRICH, 2002).

A partir do que estabelece a Lei nº. 8142/90 em seu Artº 1º, parágrafo 2º:

Os Conselhos de Saúde em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 1988).

Portanto, os Conselhos foram instituídos para deliberar e fiscalizar a Política de Saúde, e sua existência é fundamental para que os recursos da saúde sejam repassados de um nível a outro de governo.

A formação dos Conselhos de Saúde deve ser paritária, conforme estabelecido pela Resolução nº. 33 e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 1992. Assim, são reservadas aos usuários 50% das vagas; os outros 50% devem ser distribuídos deste modo: 25% para prestador/gestor de serviços públicos ou privados e 25% para trabalhadores de saúde.

Mesmo que hoje quase a totalidade dos municípios brasileiros tenha seus conselhos formados, pois é uma exigência para o repasse dos recursos, a forma como funcionam (ou não) gera desconfiança. Questiona-se, portanto, se, de fato, esses mecanismos estão possibilitando a participação da população nas tomadas de decisões da política de saúde, ou se estão sendo manipulados com a intervenção de gestores, apenas para que sejam aprovados os documentos necessários para o repasse de verbas.

Tais espaços, por serem importantes mecanismos de participação e Controle Social da Política de Saúde, têm sido motivos de análises por vários autores (CORREIA, 2005 e 2006; CÔRTEZ, 2009; SILVA, 2007; CARVALHO, 1995). Correia é uma autora que se tem destacado na literatura sobre análises dos Conselhos. Para ela, os Conselhos são resultados do processo de democratização da sociedade brasileira, e foram concebidos como espaço institucional para o Controle Social sobre as ações do Estado na área da saúde, visto que vários setores da sociedade civil estão representados nos mesmos, além de terem caráter deliberativo conferido por lei sobre os recursos para a Política de Saúde (CORREIA, 2006, p. 128).

Em uma visão mais crítica, considerando os Conselhos como espaço de lutas contraditórias considera que:

O Conselho de Saúde constitui-se em espaço contraditório em que, de um lado, pode formar consenso contrarrestando os conflitos imanentes ao processo de acumulação do capital e, de outro, pode possibilitar aos segmentos organizados da sociedade civil que representam as classes subalternas, defenderem seus interesses em torno da política de saúde, e esses espaços não são neutros, pois, nas tomadas de decisões manifestam-se conflitos em torno de projetos de sociedade contrapostos (CORREIA, 2006, p. 127).

Portanto, dentro dos Conselhos, os interesses do capital podem ser defendidos como também os interesses dos trabalhadores (usuários), dependendo de como vão ser encaminhadas as propostas apresentadas em torno da política de saúde. Cabendo, aos representantes dos usuários, estar atentos que, no consenso a ser buscado na aprovação das propostas, devem estar presentes os princípios e as diretrizes do SUS.

Silva (2007), ao analisar os Conselhos, percebeu algumas dificuldades e limites para que os mesmos exerçam, de forma plena, o Controle Social. Segundo a autora, uma das dificuldades encontradas em alguns Conselhos é a subordinação e a obediência por parte de alguns conselheiros às orientações para decisões do órgão gestor. Isso muitas vezes ocorre, por outras dificuldades existentes, como a falta de conhecimento por parte dos representantes da sociedade civil do que é Controle Social e, também, pela dificuldade de entendimentos das operacionalidades técnicas e das terminologias usadas sobre a operacionalização da Política de Saúde. Pode-

se considerar, como limites para o exercício do Controle Social nos Conselhos, a falta de conhecimento por parte dos conselheiros sobre orçamento público, assim como sobre as próprias atribuições dos Conselhos (SILVA, 2007, pp. 190-191).

Ainda que os Conselhos passem por dificuldades e tenham de avançar na participação popular, acreditamos que sejam canais de mobilização da sociedade civil organizada, pois, através dos representantes dos segmentos de usuários, nos quais estes estejam em plena comunicação com seus representados, seria possível um processo de mobilização e transformação, em que todos os cidadãos participassem nas decisões que são tomadas na Política de Saúde. Dessa maneira, iriam exercer sua cidadania, tornando os Conselhos verdadeiros canais de participação popular, conforme era o anseio do Movimento da Reforma Sanitária.

Como vimos, cabe aos Conselhos atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde, mas a Constituição Federal de 1988 previu também outro órgão deliberativo para a Política de Saúde. As Conferências de Saúde, que têm a incumbência de avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para sua formulação.

Esse espaço que ganha outra conotação a partir da Constituição Cidadã, não era assim definido, por isso, vamos demonstrar através de um quadro como as Conferências se desenvolveram até que realmente se tornasse espaço de Controle Social com participação popular. Como vamos observar no quadro a seguir, as Conferências Nacionais de Saúde, até o ano de 1986, não tinham a participação da sociedade civil organizada nos seus debates, participavam apenas gestores das três esferas de governos, especialistas e técnicos no assunto da saúde.

QUADRO 1: Comparativo das Conferências Nacionais de Saúde (Continua)

Conferências	Ano	Tema	Contexto	Participantes
1ª CNS	1941	Ampliação das campanhas contra tuberculose e hanseníase	Os Ministérios da Educação e Saúde eram na mesma pasta Governo Getúlio Vargas	Representantes das unidades federativas; Ministério da Agricultura; Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Fonte: Relatório da 1ª CNS
2ª CNS	1950	- Condições de higiene; - Segurança do trabalho; - Prestação de assistência médica aos trabalhadores e gestantes; - A temática da malária.	Governo Gaspar Dutra	Os documentos desta conferência não foram divulgados na íntegra. Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2009).
3ª CNS	1963	-Análise da situação sanitária no país; -Reorganização do sistema de saúde; -Descentralização da saúde nas três esferas de governo; -Discutir a municipalização	Nesta conferência os ministérios já haviam sido desmembrados. Governo João Goulart	Representantes do governo Federal, estados e Território. Pela primeira vez foi aberta para outros atores, pois, os dirigentes de estados poderiam acompanhar-se dos assessores técnicos. Fonte: Relatório Final da 3ª CNS
4ª CNS	1967	-Recursos humanos para atividade de saúde	Regime Militar Governo Castelo Branco	Representante do Ministério da Saúde; Previdência Social; Gestores dos estados, municípios e territórios e especialistas no assunto. Fonte: Relatório da 4ª CNS
5ª CNS	1975	- Programa Nacional de Saúde materno – infantil; - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; - Programa de controle das grandes epidemias e extensão da saúde à área rural.	Regime Militar Governo Ernesto Geisel	217 delegados 77 observadores e o convidado especial o Diretor da Organização Pan Americana de Saúde. Neste período começa o esgotamento do regime militar, com o fim do chamado “milagre econômico” Nesta conferência além dos representantes do governo, abriu-se para participação dos membros dos Conselhos de Desenvolvimento Social, composto por representantes de todos os ministérios da área social não existente, como também do Ministério da Fazenda e Planejamento. Fonte: Relatório da 5ª CNS
6ª CNS	1977	-Situação atual das grandes endemias; -operacionalização dos Novos Diplomas Legais Básicos; -Interiorização dos Serviços de Saúde; -Política Nacional de Saúde	Regime Militar Governo Ernesto Geisel	405 delegados e 29 observadores; Membros do Conselho Nacional de Saúde; Representantes dos Ministérios; Integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social; Diretores dos serviços de saúde das Forças Armadas; Secretários de saúde dos estados, do Distrito Federal, e dos Territórios; Autoridades de saúde e representantes de paraestatais e entidades particulares. Fonte: Relatório Final da 6ª CNS

QUADRO 1: Comparativo das Conferências Nacionais de Saúde (conclusão)

Conferências	Ano	Tema	Contexto	Participantes
7ª CNS	1980	A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos (PREV SAÚDE).	Regime Militar Governo João Figueiredo Esta Conferência refletiu um reconhecimento do movimento social, que se fortalecia neste período em torno das reivindicações de reformas mais profundas do sistema de saúde.	400 participantes entre eles: Delegados do Ministério da Saúde; Técnicos e dirigentes de órgãos e entidades; Funcionários designados pelo Ministro da Saúde; Representantes dos ministérios integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social; Diretores dos serviços de saúde das Forças Armadas; Secretários de saúde dos estados, Distrito Federal e Territórios; Autoridades da área da saúde das unidades da Federação; Representantes das autarquias; Fundações e entidades paraestatais; Representantes das instituições particulares e iniciativa privada; Parlamentares das Comissões de Saúde dos Deputados e do Senado; Representantes dos organismos internacionais; Representantes do Clero. Fonte: Relatório Final da 7ª CNS
8ª CNS	1986	-Saúde como direito; -Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; -Financiamento setorial.	Nova República Governo José Sarney	Mais de 4000 mil pessoas, entre elas 1000 delegados. Participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor saúde com também daquelas representativas da sociedade civil; grupos de profissionais e partidos políticos. Conferência histórica que contou com a participação popular. Seu relatório Final deu as bases para ser implantados o Sistema Único de Saúde. Fonte: Relatório Final da 8ª CNS
9ª CNS	1992	Saúde -Municipalização é o caminho	Governo Collor de Mello Primeiro Presidente eleito com voto popular e primeiro a ter seu cargo impugnado (impeachment)	Primeira Conferência realizada após implementação do SUS. 3000 delegados presentes e mais de 1500 observadores nacionais e internacionais; Representantes dos profissionais de saúde, prestadores públicos e privados; Representantes do governo nos três níveis, Legislativo, Judiciário e Ministério Público; Usuários do serviço de saúde. Fonte: Relatório da 9ª CNS
10ª CNS	1996	SUS: Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida	Governo Fernando Henrique Cardoso	1260 delegados eleitos nas pré - conferências estaduais e municipais; 1341 observadores; 351 convidados. Esta conferência teve a composição paritária, com 50% dos usuários. Fonte: Relatório da 10ª CNS
11ª CNS	2000	Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social.	Governo Fernando Henrique Cardoso	2500 delegados entre representantes de usuários, prestadores de serviços, profissionais de saúde e gestores do SUS. Fonte: Relatório Final da 11ª CNS
12ª CNS	2003	Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos o SUS que queremos	Governo Luis Inácio Lula da Silva	4000 delegados; Gestores dos governos, Federal, estadual e municipal; usuários do SUS; profissionais de saúde; prestadores de serviços; representantes do Ministério Público; Parlamentares e Técnicos especialistas. Fonte: Relatório Final da 12ª CNS
13ª CNS	2007	Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento	Governo Luis Inácio Lula da Silva	4700 participantes dentre os quais 3068 delegados; 302 observadores e 210 convidados; Representantes dos gestores das três esferas de governo; prestadores, usuários, trabalhadores e técnicos especialistas. Fonte: Relatório Final da 13ª CNS e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2009).

Fonte: Sistematização da Autora

Através desse quadro sistematizado, é possível observar como foi se construindo a participação da sociedade civil nesse espaço de Controle Social.

No início das Conferências, não ocorria a participação de atores da sociedade civil. Esses foram se inserindo, no mecanismo, através de lutas constantes contra o sistema, até chegarem à “histórica” VIII Conferência de Saúde, de 1986, na qual estiveram presentes 1000 delegados. De lá para cá, o número de delegados cresceu em cada Conferência, chegando a 3068 na 13ª Conferência Nacional de Saúde, de 2007. Isso significa que os “sujeitos políticos e sociais” devem agir atuar e participar desses processos decisórios, não somente para controlar as ações do Estado na Política de Saúde, mas também para exercer, de fato, sua cidadania.

Ainda que enfrentem dificuldades e desafios (principalmente o desafio constante contra a privatização do Sistema Único de Saúde), esses espaços foram instituídos para legitimar o Controle Social na Política de Saúde. É necessário, portanto, uma luta diária e, principalmente que a população participe desses mecanismos, para que o Sistema Único de Saúde permaneça conforme prevê a Lei 8080/90: “saúde é dever do Estado e direito de todo cidadão”. Só assim, com a participação popular, esses espaços serão legitimados, fortalecidos e respeitados pelos gestores.

1.3.1 Considerações Finais

Este capítulo procurou mostrar a participação social no Brasil a partir da década de 1980, já que nesse período houve a efervescência dos movimentos sociais, destacando-se o Movimento da Reforma Sanitária, que lutou para haver um sistema de saúde universal e igualitário. Retomamos todo o contexto das mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro, até culminar com a VIII Conferência de Saúde, que foi um marco de participação popular. Através dela, foram tiradas as diretrizes que nortearam o Sistema Único de Saúde.

Contextualizamos, também, as mudanças ocorridas após 1990, quando o Estado brasileiro adota o sistema neoliberal a partir da Reforma do Estado, na qual houve um desmonte dos movimentos sociais e um crescimento das Organizações Sociais e das Fundações Estatais de Direito Privado, as quais foram criadas através

de lacunas deixadas na Constituição, onde o governo da livre acesso às privatizações. Mostramos, com isso, que toda luta para se conseguir um Sistema Único de Saúde universal e igualitário, começa a sofrer ataques através dessas organizações e fundações, as quais querem que acreditemos que o problema da gestão pública é de governança.

Por fim, vimos os Conselhos e as Conferências de saúde, órgãos instituídos e normatizados pela Lei nº. 8142/90 como mecanismos de participação popular, ainda permanecendo como espaços de luta e mobilização da sociedade civil organizada, contra a privatização da saúde pleiteada pelo sistema neoliberal. Sistema esse que desresponsabiliza o Estado de suas obrigações para com as Políticas Sociais, aqui, neste trabalho, especificamente a Política de Saúde.

No capítulo a seguir, iremos caracterizar o município de Pelotas, trazendo informações sobre o mesmo para se entender o sistema de saúde da cidade. Também vamos referenciar o Conselho Municipal de Saúde desde a sua criação, a representatividade, a composição, as plenárias e como se define como espaço para o exercício da cidadania.

CAPITULO II: CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS: FORMAÇÃO E PARTICULARIDADES

Este capítulo irá apresentar o Município de Pelotas e seu Conselho Municipal de Saúde. Primeiramente, faremos uma caracterização do município mostrando sua localização, as especificidades da população, o saneamento básico e sua economia. No segundo momento, apresentaremos a rede de assistência à saúde, trazendo presente como a cidade se tornou gestão plena no sistema municipal de saúde e, por fim, conhecer a formação do Conselho Municipal de Saúde, desde a sua criação, funcionamento e sua composição.

2.1 Características do Município de Pelotas

As informações aqui expostas constam no Plano Municipal de Saúde de Pelotas, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde para os anos de 2007 – 2009, pois o Plano para 2010-2012, ainda não foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, e está sendo debatido nas plenárias.

Pelotas situa-se na confluência das rodovias BR 116, BR 392 e BR 471, que juntas fazem a ligação aos países do Mercosul e capitais do Brasil.

Está distante da capital do estado a 252 km, possui uma população segundo o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), (2010) de 305.696 habitantes urbanos e 22.082 habitantes rural, somando um total de 327.778 habitantes, com área demográfica de 1608.768 km².

A população de Pelotas caracteriza-se pela forte presença de portugueses, espanhóis e africanos (é a maior “cidade negra” do Estado) aos quais se somaram as correntes migratórias de alemães, italianos, franceses, irlandeses e poloneses, que marcaram configuração física e cultural do povo pelotense, fruto de grande miscigenação. Há também imigrantes sírios, libaneses, judeus, japoneses e imigrantes oriundos dos países do Prata (em especial uruguaios) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE,2007).

Com relação ao tratamento de água da cidade, este é feito pelo Serviço de Saneamento de Pelotas (SANEP), que também é responsável pelo tratamento de esgoto, coleta e destinação de resíduos sólidos e drenagem urbana. O SANEP produz 86.500.000 litros de água potável por dia. A água chega às residências através de 857 km de rede. O sistema conta com três estações de tratamento, vinte reservatórios, linhas adutoras e redes de distribuição, atendendo aproximadamente a 99% da cidade com água tratada.

A cidade produz 160 toneladas de lixo diariamente, ou aproximadamente 800m³/dia. A coleta de lixo é feita por empresa contratada, que coleta o lixo domiciliar urbano e o lixo hospitalar, servindo a 98% da população urbana. A destinação final dos resíduos sólidos é um aterro controlado, com três lagoas de tratamento com sistema de drenagem de gases e tratamento do chorume. A rede de esgoto atualmente conta com 377.353km de rede ligadas servindo a aproximadamente 67% das residências.

A economia do município está assim distribuída: o setor primário de Pelotas concentra uma grande produção de pêssego para indústrias de conserva, além de produzir também aspargo, pepino, figo e morango. O município também é grande produtor de arroz, possuindo 20 engenhos de beneficiamento do produto, onde são processados 13 milhões de sacas/ano. Possui uma boa criação de gado bovino de corte, e é um dos municípios com a maior produção de leite do estado. A cidade está se destacando como grande potencial da indústria dinâmica, com utilização de pesquisas tecnológicas de ponta, nas áreas de fármacos e equipamentos especializados, como também a indústria de filetagem de peixe, localizada na Colônia Z-3, e os segmentos metal-mecânico e de construção civil. No setor secundário, possui várias indústrias ligadas ao agronegócio, como indústria têxtil, panificação, curtimento de couro, indústrias de conservas em geral. No setor terciário, destaca-se na região sul do estado por ter um forte comércio de lojas, tendo uma população ativa nesse setor de 55,6% trabalhadores, fazendo do município o principal centro comercial de serviços (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE, 2007).

O Produto Interno Bruto (PIB) do município é de R\$ 3.564.296 e o PIB *per capita* é de R\$ 10.396 dados de 2008 (FEE, 2010).

Mesmo que os índices mencionados acima mostrem que o município vem crescendo na indústria de fármacos, filetagem, metal mecânico, etc., a cidade de

Pelotas teve um decréscimo muito grande em sua economia. Ao longo dos anos, fecharam muitas indústrias de conservas, que empregavam mais de 10.000 mil pessoas nas safras do pêssego, morango e aspargo, sem mencionar as indústrias têxteis, os curtumes, os frigoríficos que existiram na cidade, os quais também foram fechados. Independente da razão que levaram ao fechamento das empresas, o fato é que a cidade empobreceu.

Sendo Pelotas a maior cidade da metade sul, com o fechamento das grandes indústrias e fábricas, o que cresceu foi o comércio informal e formal, este último se tornando o maior empregador e o maior explorador de mão de obra. Dados do Plano Municipal de Saúde de 2009 mostram o índice de 55,6% empregados no comércio local. Com a economia da cidade empobrecida, os salários baixos, o desemprego, a exploração da mão-de-obra e muitas famílias vivendo e morando de forma precária, devido ao fato de que em Pelotas, assim como no Brasil, a desigualdade social é muito grande, isso se deve à má distribuição de renda.

Com todos esses agravantes, conseqüentemente, a qualidade de vida das pessoas é afetada, gerando doenças oportunistas, como hipertensão, estresse, depressão, etc. Muitas vezes tais doenças evoluem para estágios mais avançados. Portanto, faz-se necessária uma rede de atendimento a saúde de qualidade e que supra essas demandas de forma plena, igualitária e equânime. No próximo item, vamos analisar como está o atendimento de saúde em Pelotas.

2.1.1 O sistema de saúde do município

Para fazermos referência ao sistema de saúde do município de Pelotas, é indispensável relembrar a IX Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em agosto de 1992, em Brasília, e trouxe em seu tema central: “Saúde: A municipalização é o caminho”, na qual foi reconhecido o começo do processo da descentralização e municipalização da saúde.

A descentralização da saúde baseia-se na transferência da responsabilidade do poder decisório aos estados e municípios, expressando também tendências democratizantes participativas e de responsabilização (HEIDRICH, 2002), mas não alterando a responsabilidade da esfera federal na transferência de recursos para o

setor saúde. A municipalização é a habilitação dos municípios como gestores da saúde, criando, conseqüentemente, a terceira instância gestora do SUS.

Essa conferência também reafirmou o fortalecimento dos mecanismos de Controle Social, como os Conselhos de Saúde nos diversos níveis, assegurando-lhes a autonomia financeira sobre a área da saúde.

Baseando-se no Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde, que desencadeou o processo da descentralização e municipalização da saúde, o Ministério da Saúde, no ano de 1993, cria a Norma Operacional Básica nº. 93. As Normas Operacionais Básicas (NOBs) são instrumentos jurídicos, editados pelo Ministério da Saúde, após um processo amplo de discussões com demais gestores e outros segmentos da sociedade, negociado e pactuado na Tripartite e aprovado no Conselho Nacional de Saúde, para: a) aprofundar e reorientar a implementação do SUS; b) definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais; c) regular a relação entre gestores; e d) normatizar o SUS (SCOTTI,1996).

A NOB 93 desencadeou o processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criada (incipiente, parcial e semiplena); criou a transferência regular automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para os municípios de gestão semiplena e habilitou municípios como gestores, criando a terceira instância gestora do SUS. Foram também criadas, nessa NOB, as Comissões Intergestoras Bipartite (no âmbito estadual) e Tripartite (no âmbito federal) como sendo importantes espaços de negociação, pactuação, integração entre gestores (SCOTTI, 1996).

Nessa ocasião, Pelotas estava habilitada na gestão semiplena, ou seja, o município tinha responsabilidades gerenciais e de reordenamento de seu modelo de assistência à saúde como denominava na NOB 93, e recebia o repasse dos recursos do teto financeiro para a saúde, automaticamente, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Esse teto financeiro era estabelecido pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB). A partir do ano 2000, a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, que criou a NOB 96, a gestão do município passa a ser plena no Sistema Municipal.

A Norma Operacional Básica, criada pelo Ministério da Saúde em 1996 (NOB 96), redefiniu os modelos de gestão, instituindo critérios de enquadramento dos municípios mais avançados em sua estrutura, criando níveis de gestão Plena da

Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal, para onde convergiram os municípios habilitados em gestão semiplena pela NOB 93. Portanto, a NOB 96 busca “a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse pode se responsabilizar como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente.” (MINISTÉRIO da SAÚDE, 1999, p.7).

A partir de 1º de agosto de 2000, Pelotas é habilitada para a gestão Plena do Sistema de Saúde do Município. Isso significou assumir todas as responsabilidades da gestão de saúde do município, ou seja, o gestor do poder público tem de promover e consolidar a saúde dos habitantes do município e daqueles municípios com os quais assumiu a responsabilidade como referência. Esse serviço de referência ocorre devido às relações entre gestores, que foram definidas na programação do município, e são mediadas pelo estado, que coordena o sistema estadual de saúde. Os fóruns que servem de articulação, negociação e pactuação entre os gestores são as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB) e Tripartites (CIT).

Com a gestão Plena de Saúde, Pelotas, além de atender a seus habitantes, também tem a responsabilidade sobre mais vinte e dois municípios que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, executando algumas ações como, por exemplo, a saúde do trabalhador que atende aos seis municípios da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Atualmente, o sistema de saúde local é formado por 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 45 sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), 3 sob a gestão da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e 3 sob a gestão da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL). A Estratégia de Saúde da Família encontra-se instalada em 17 UBS, totalizando 29 equipes de saúde da família, atendendo 29,22% da população do município.

Pelotas conta com dois hospitais universitários e três hospitais filantrópicos, que prestam serviço ao SUS. O Pronto Socorro Municipal é administrado pela Universidade Católica de Pelotas (UCPEL), Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e pela Prefeitura Municipal (formando uma gestão tripartite) e atende em torno de trezentos pacientes por dia, recebendo não somente a população de Pelotas, como também dos vinte e dois municípios que pertencem à 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, o que corresponde a uma população de aproximadamente de 800mil habitantes.

O sistema de urgência conta também com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que faz parte da Política Nacional de Atenção às Urgências, fruto do trabalho conjunto entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde. O SAMU, em Pelotas, foi implantado em agosto de 2005, com 5 ambulâncias sendo 3 de suporte básico e 1 de suporte avançado e 1 ambulância de suporte básico de reserva (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007).

Pelotas, recentemente passou a contar com atendimento de uma Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI), no bairro Navegantes. Essa unidade é destinada a casos de média complexidade, diferencia-se das UBS por disponibilizar leitos de observação, todos com oxigênio central, e funciona nos três turnos, sendo o turno da noite com horário até às 24h. Na visão do secretário de saúde de Pelotas, essa unidade veio para “desafogar o Pronto Socorro Municipal”¹⁰ e servirá também como porta de entrada para o SAMU.

Pelotas é dividida em cinco distritos sanitários, a saber: Zona Norte, Fragata, Areal/Praias, Centro/Várzea e Colônia (zona rural) e, dentro dos distritos urbanos e rurais, foram instaladas as UBS. O quadro abaixo mostra a distribuição das UBS por distritos sanitários.

QUADRO 2: Demonstrativo da Distribuição das UBS (continua)

Unidades Básicas de Saúde	Distritos Sanitários
Arco Íris	Zona Norte
Areal I	Zona Norte
Areal Fundos/UFPEL	Areal/praias
Balsa	Centro/Várzea
Barro Duro	Areal/praias
Bom Jesus	Areal/praias
Cascata	Colônia – 5º Distrito de Pelotas
Centro de Especialidade	Centro/Várzea
Cerrito Alegre	Colônia – 3º Distrito de Pelotas
Cohab Fragata	Fragata
Cohab Guabiroba	Fragata
Cohab Lindóia	Zona Norte
Cohab Pestano	Zona Norte
Cohab Tablada I	Zona Norte
Cohab Tablada II	Zona Norte
Colônia Maciel	Colônia – 8º Distrito de Pelotas

¹⁰ Disponível em www.ipoom.com.br - Fonte: Assessoria de Imprensa da Prefeitura de Pelotas. Acesso em 08/02/2011 às 1h40min.

QUADRO 2: Demonstrativo da Distribuição das UBS (conclusão)

Unidades Básicas de Saúde	Distritos Sanitários
Colônia Osório	Colônia – 4º Distrito de Pelotas
Colônia Triunfo	Colônia – 8º Distrito de Pelotas
Colônia Z – 3	Areal/praias
Corrientes	Colônia – 2º Distrito de Pelotas
Cordeiro de Farias	Colônia – 5º Distrito de Pelotas
CSU Cruzeiro	Areal/praias
CSU Areal – UFPEL	Areal/praias
D. Pedro I	Fragata
Dunas	Areal/praias
Fátima – UCPEL	Centro/Várzea
Fraget	Fragata
Getúlio Vargas	Zona Norte
Grupelli	Colônia – 7º Distrito de Pelotas
Jardim de Allah	Zona Norte
Laranjal	Areal/praias
Leocádia	Areal/praias
Monte Bonito	Colônia – 9º Distrito de Pelotas
Navegantes	Centro/Várzea
Obelisco	Areal/praias
Pam – Fragata	Fragata
Pedreira	Colônia – 9º Distrito de Pelotas
Pestano – UCPEL (CAIC)	Zona Norte
Puericultura	Centro /Várzea
Py Crespo	Zona Norte
Sanga Funda	Zona Norte
SANSCA	Centro/Várzea
Santa Silvana	Colônia – 6º Distrito de Pelotas
Santa Terezinha – UCPEL	Zona Norte

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

Como observamos no quadro acima, Pelotas tem UBS para atender toda a sua população sem maiores constrangimentos, mas na realidade não é isso que se observa na prática, pois as mesmas estão fragmentadas em seus atendimentos, como foi possível observar pelas intervenções nas reuniões do Conselho. Faltam médicos, enfermeiros, não é cumprido horário de atendimento, falta medicamento, algumas UBS com estruturas impróprias, aguardando reformas. A distância das UBS rurais para fiscalização também é um agravante, pois as mesmas se encontram com vários problemas para seu funcionamento. De acordo com as intervenções do gestor nas reuniões do Conselho, isso ocorre porque o governo do estado não está cumprindo com o repasse de 12% do orçamento previsto para o município, dificultando ações básicas na área da saúde. De fato, o governo do estado não está enviando as verbas prometidas, mas fica também uma questão: O gestor está

usando os recursos disponíveis no município para realizar ações dentro do mesmo? Essa indagação é devida, porque há recursos que estão depositados no Fundo Municipal de Saúde, e não são utilizados, como é o caso dos recursos de uma UBS que tem o projeto para melhorias, mas até o momento nada foi feito. Necessitou-se de uma mobilização da comunidade, que levou o caso ao Conselho Municipal de Saúde, para que o mesmo votasse para manter o projeto da reforma e para não perder o recurso.

Se Pelotas tem gestão plena no sistema de saúde, a gestão municipal tem a responsabilidade de comandar esse sistema, exercendo a função de coordenar, articular, planejar e acompanhar o controle e avaliação dos projetos, mas é percebido nas reuniões do Conselho, pelas intervenções dos conselheiros e usuários, que não estão sendo cumpridas, por parte do gestor essas funções, ficando, assim, a desejar o atendimento básico na saúde da cidade, podendo o município perder verbas importantes, prejudicando a população usuária.

Na estrutura organizativa da Secretaria Municipal de Saúde, o Departamento de Saúde Pública é responsável pelo planejamento, execução e avaliação das políticas de atenção básicas.

A atenção básica se caracteriza por um conjunto de ações individuais ou coletivas, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, consolidando as diretrizes do SUS: equidade, universalidade e integração da atenção. Os eixos prioritários em Pelotas são: atenção à saúde da criança, da mulher, do idoso, à pacientes portadores de doenças crônicas, serviço de saúde bucal, Estratégia de Saúde da Família (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007).

Essa atenção básica é prestada pelas UBS, que realizam, além das ações de promoção da saúde e prevenção, consultas médicas e de enfermagem (clínica geral, pediatria, ginecologia/obstetrícia), atendimento odontológico e atendimentos básicos (vacinas, curativos, etc.) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007).

Os Programas Saúde da Família (PSF), que agora são as Estratégias de Saúde da Família (ESF), e os Agentes Comunitários compõem a atenção básica, e atualmente estão implantados no município em 17 UBS com 29 equipes de Saúde da Família, cobrindo uma população de 100.000 usuários. Assunto de discussões nas reuniões do CMSPel, pelo fato de que nem todas as equipes estão funcionando

devidamente nas UBS. Além disso, até o momento não foi inserido o programa de saúde bucal nos serviços das ESF.

Com relação ao atendimento de Saúde Mental, Pelotas conta com sete Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são dotados de equipe interdisciplinar que visam à reinserção social de pacientes que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes. Esses CAPS estão assim distribuídos: CAPS Zona Norte, CAPS Fragata, CAPS Porto, CAPS Baronesa, CAPS Castelo e CAPS Escola Centro (este CAPS funciona em convênio com a Universidade Católica de Pelotas). Também possui um CAPS AD, que é especificamente para atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Esses centros possuem, como atividades, oficinas terapêuticas, atendimento em grupo, atendimento individual e visitas domiciliar. Também são realizados eventos, como o “Encontrão”, que é um encontro realizado anualmente para confraternização de profissionais e usuários dos serviços de Saúde Mental e CAPS dos municípios que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde; olimpíadas também realizadas anualmente para os usuários dos CAPS de Pelotas, com atividades de confraternização e competição em modalidades como futebol e atletismo. Contam também com oficinas de geração de trabalho e renda, que são orientadas para autogestão, preservação ambiental e para cidadania ativa. As técnicas de reciclagem utilizadas são de papel jornal, garrafas pet e papel, estimulando a preservação do ambiente e estratégias como reciclar o “lixo”.

Em uma das reuniões do CMSPel, uma das pautas foi sobre os CAPS. Nas falas, foram colocadas as dificuldades que os mesmos vêm encontrando no município, como falta de merendeiras, oficineiros, psiquiatras, psicólogos, medicação e, principalmente, a falta de leitos psiquiátricos no hospital geral. Foi discutida também a implantação do CAPS Infantil (CAPS i), que é uma reivindicação desde a 8ª Conferência Municipal de Saúde em 2007. Os CAPS i são para atendimento de crianças e adolescentes. Pelotas também deveria já ter implantado o CAPS III, o qual deve funcionar 24 horas.

Todo esse sistema de saúde municipal com gestão plena, ao qual Pelotas aderiu no ano 2000, tem como fator determinante a participação do Conselho Municipal de Saúde no que tange à alocação de recursos, financiamentos e determinações para a política de saúde do município. Portanto, iremos traçar um histórico da criação desse espaço de participação popular no município, trazendo

presente a legislação vigente, e como se institucionalizou a participação popular na implementação e fiscalização da política de saúde local.

2.1.2 O Conselho Municipal de Saúde de Pelotas – CMSPel

O Conselho Municipal de Saúde de Pelotas foi regulamentado pela Lei nº. 3377, de 08 de maio de 1991. Mas, até chegarmos a essa Lei, é necessário traçar um histórico de como aconteceram as mudanças para que a sociedade civil organizada de Pelotas participasse desse mecanismo de Controle social.

Como já vimos anteriormente neste trabalho, no ano de 1982, foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que reorientava para a descentralização da saúde. O PAIS era vinculado ao INAMPS, às secretarias estaduais e municipais, formando convênio, trilaterais e que, em 1984, apresentam como “estratégias” as Ações Integradas de Saúde (AIS), que envolviam além do INAMPS, o Ministério da Saúde e da Educação (Paim, 2008).

Costa (1998) afirma que essas ações impulsionaram novos arranjos institucionais mediante os colegiados estaduais, municipais, locais e regionais. Nesse período, mais precisamente em 1986, a então chefia do INAMPS em Pelotas e o Sindicato dos Prestadores de Serviços em Saúde iniciaram contatos para abrir esse fórum de discussão, o qual seria capaz de debater as ações de saúde no município.

Esse fórum era composto por prestadores, gestores e trabalhadores na área de saúde, e se reunia semanalmente na sede do INAMPS, para avaliar, discutir e propor encaminhamentos a respeito da prestação de serviço da saúde do município¹¹. Dentro do Programa das Ações Integradas de Saúde, que consolidaram as AIS, foram criadas as comissões interinstitucionais, que vieram para facilitar as ações dos gestores públicos nos diferentes níveis de governo: federal, estadual, municipal, regional e local (CÔRTEZ, S/D).

¹¹ Disponível em www.pelotas.com.br/cmspel. Acesso em 25 de janeiro de 2011 à 1h35min.

Portanto, seguindo o caminho para a descentralização da saúde e a participação da sociedade civil, Pelotas, em 1987, constitui a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), que traz uma novidade. Além de ser composta pelos gestores, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde, foram contemplados os usuários, mesmo que estes fossem representados por setores. Tal fato corrobora, como afirma Cavalheiro, que a CIMS trouxe a possibilidade da participação da sociedade no processo de decisão na política de saúde dos municípios (CAVALHEIRO, 1992 *apud* CÔRTEZ, S/D).

A Lei nº. 8142/90, que trata dos Conselhos e das Conferências, traz como exigência legal, para a deliberação de verbas públicas para os municípios, a regulamentação e a criação dos Conselhos Municipais. Pelotas já atuava com um fórum, através das CIMS, que se reuniam semanalmente na sede do INAMPS para avaliar, discutir e propor encaminhamentos a respeito da prestação de serviços de saúde no município, conforme já referido neste trabalho. Com a exigência da Lei, em 08 de maio de 1991, é sancionada em Pelotas a Lei nº. 3377, que institui o Conselho Municipal de Saúde. No Artº 3º dessa Lei, a composição do Conselho ficou assim determinada:

- I Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar;
- II Secretaria Municipal de Educação;
- III Câmara Municipal de Vereadores;
- IV Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do RS, 3º DRS;
- V Secretaria de Agricultura e Abastecimento do RS, Delegacia Regional de Veterinária de Pelotas;
- VI Ministério da Educação do RS, 5ª DE;
- VII Ministério da Educação;
- VII Ministério do Trabalho e Previdência Social;
- IX Ministério da Saúde;
- X Santa Casa de Misericórdia;
- IX Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas;
- XII Hospital Universitário (UFPEL);
- XIII Hospital Escola (UCPEL);
- XIV Hospital Espírita de Pelotas;
- XV Clínica Olivé Leite;
- XVI Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Pelotas;

- XVII Serviço Autônomo de Saneamento de Pelotas (SANEP);
- XVIII Sociedade de Medicina de Pelotas;
- XIX Sociedade de Psicologia de Pelotas;
- XX Associação Profissional dos Assistentes Sociais de Pelotas;
- XXI Delegacia do Sindicato dos Nutricionistas do Estado do RS em Pelotas;
- XXII Sindicatos dos Odontologistas de Pelotas;
- XXIII Associação dos Enfermeiros de Pelotas;
- XXIV FISGA;
- XXV Conselho de Saúde da Área Norte;
- XXVI Conselho de Saúde da Várzea;
- XXVII Conselho de Saúde do Fragata;
- XXVIII Sindicatos dos Empregados nos Estabelecimentos Bancários de Pelotas;
- XXIX Sindicato dos Trabalhadores na Indústria da Alimentação de Pelotas;
- XXX Sindicatos dos Municípios de Pelotas;
- XXXI Sindicato dos Empregados em Empresas de Segurança e Vigilância de Pelotas;
- XXXII Sindicato dos Trabalhadores em Transportes Rodoviários de Pelotas;
- XXXIII Sindicato dos Empregados no Comércio de Pelotas;
- XXXIV Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Saúde de Pelotas;
- XXXV Delegacia do Sindicato dos Trabalhadores Federais de Previdência e Saúde do RS;
- XXXVI Sindicato dos Trabalhadores na Construção Civil do Imobiliário de Pelotas;
- XXXVII Sindicatos dos Trabalhadores Rurais de Pelotas;
- XXXVIII - Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Curtimento de Couro e Peles de Pelotas;
- XXXIX Associação Beneficente dos Aposentados e Pensionistas de Pelotas;
- XL Pastoral da Saúde de Pelotas;
- XLI Comissão de Meninos e Meninas de Rua de Pelotas;
- XLII Ordem dos Advogados do Brasil - Subseção Pelotas;
- XLIII Sindicato Rural de Pelotas;
- XLIV Centro das Indústrias de Pelotas;

XLV Associação Comercial de Pelotas;

XLVI Um representante dos grupos de patologia de Pelotas (PELOTAS, 1991).

Como podemos perceber nessa primeira composição do Conselho Municipal de Saúde, a representação não era paritária em relação aos usuários do Sistema Único de Saúde. Para tanto, a Lei nº. 3377/91, em seu Artº 4º, fazia a seguinte referência:

Será guardada uma relação de proporcionalidade paritária entre o conjunto da representação dos prestadores de serviços públicos e privados, profissionais da área de saúde e o conjunto da representação dos usuários do Sistema Único de Saúde no âmbito do município (PELOTAS, 1991).

Portanto, já se previa uma mudança na composição do Conselho, e essa mudança vai ocorrer na cidade no ano de 2000, seguindo as recomendações da Resolução 33/92 do Conselho Nacional de Saúde e consoantes as recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde. Desse modo, as vagas no Conselho serão distribuídas da seguinte forma: 50% para entidades de usuários; 25% para entidades dos trabalhadores de saúde e 25% para representantes de governo e prestadores de serviços privados.

Seguindo tais determinações, em 14 de junho de 2000, é aprovada pela Câmara Municipal de Pelotas e sancionada pelo prefeito em exercício, Sr. Otélmo Demari Alves, a Lei nº. 4554/2000, que altera a Lei nº. 3377/91 em seu Artº 3º, o qual passa a ter a seguinte redação:

Artº 3º. O Conselho Municipal de Saúde terá composição paritária entre usuários do Sistema Único de Saúde no âmbito do Município e o conjunto da representação de órgãos públicos de instituições privadas que prestam serviços ao SUS e de profissionais e trabalhadores da área da saúde que desenvolvam sua atividade pelo SUS. Parágrafo 1º: a representação dos usuários do sistema será de 50%; dos órgãos públicos, 12,5%; das instituições privadas, 12,5%; e dos trabalhadores de saúde, 25% (PELOTAS, 2000).

Com essa alteração o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas passa a contar com a participação popular, pois as plenárias são abertas ao público, e todos têm direito de voz, mas somente os conselheiros podem votar nas propostas e projetos apresentados. A participação nas plenárias pela população, muitas vezes, é decisiva nas deliberações sobre as ações de saúde, fazendo, assim, dos Conselhos, conforme afirma Correia (2005), espaços de disputas onde ganha quem tem mais poder de “barganha”, ou seja, vence a proposta do mais articulado e mais informado. Por isso, a importância de o conselheiro estar articulado com seu representado, mantendo o “vínculo orgânico com a entidade que representa, levando suas posições e defendendo os direitos coletivos” (CORREIA, 2005, p.69).

O Conselho Municipal de Saúde de Pelotas (CMSPel) deverá contar com a participação da sociedade civil organizada nas suas deliberações e decisões sobre a política de saúde do município. Conforme está previsto em seu Regimento Interno, que determina:

O Conselho Municipal de Saúde de Pelotas constitui-se no órgão colegiado máximo do Sistema Único de Saúde, no município, em caráter permanente, com funções deliberativa, normativa e fiscalizadora, atuando na formulação de estratégias e no acompanhamento, no controle e na avaliação da execução da política municipal de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros (CMSPel, 2006).

Para que essas funções sejam cumpridas e desempenhadas pelo Conselho, o mesmo conta atualmente com quarenta e oito conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, assim distribuídos: 24 representantes de entidades do segmento dos usuários; 4 representantes de órgãos da área governamental, 8 representantes dos prestadores de serviços e 12 representantes dos profissionais de saúde, como podemos observar no GRÁFICO 1.

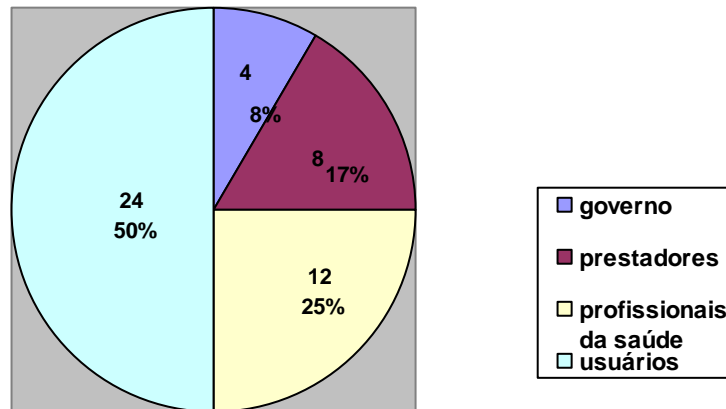


GRÁFICO1: Composição do CMSPel

Fonte: Sistematização da autora

Se observarmos o gráfico acima, podemos perceber que o mesmo não está cumprindo com o que prevê a Lei nº. 8142/90, ou seja, a distribuição paritária entre as entidades. A representação dos órgãos públicos deveria, pois, corresponder a 12,5%, e vemos uma participação de 8%. Assim, entendemos que o governo municipal de Pelotas, nesse mecanismo de participação e Controle Social, está se ausentando aos poucos de suas responsabilidades, deixando mais espaços para os prestadores de serviços privados. Isso pode ser reflexo da desresponsabilização do Estado, que vem sendo trabalhado pela política neoliberal.

As entidades que atualmente compõem o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas estão relacionadas no quadro a seguir.

QUADRO 3: Segmentos que compõem o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas (continua)

Segmentos	Entidades
Prestador/Gestor	Secretaria Municipal de Saúde
	SANEP
	GT/DST/SIDA (Vale a Vida)
	3ª Coordenadoria Regional de Saúde
	Secretaria Municipal de Educação
	Santa Casa de Misericórdia
	Hospital São Francisco de Paula
	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
	Sociedade Portuguesa de Beneficência

QUADRO 3: Segmentos que compõem o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas (conclusão)

Segmentos	Entidades
Prestador/Gestor	Sindicato de Estabelecimentos de Serviços de Saúde
	Hospital Escola/UFPEL – FAU
	Associação Comercial
Trabalhador da Saúde	Conselho Regional de Fonoaudiólogos
	Conselho Regional de Serviço Social
	Sindicato dos Nutricionistas
	Sindicato dos Trabalhadores em Serviços de Saúde
	Sindicato dos Odontologistas
	Conselho Regional de Psicologia
	Sindicato Médico do Rio Grande do Sul
	Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande Sul
	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
	SINDISPREV – RS Sindicato dos trabalhadores da Previdência
	ASUFPEL Associação da Universidade Federal de Pelotas
	ATPSFP Associação dos Trabalhadores no Programa Saúde da Família de Pelotas
Usuários	ADOTE – Aliança Brasileira pela Doação de órgãos e Tecidos
	Sindicato dos Trabalhadores no Comércio de Minério
	Sindicato dos Municipários de Pelotas – SIMP
	Sindicato dos Bancários
	DCE – UFPEL Diretório Central de Estudantes
	Associação dos Diabéticos
	Associação dos Deficientes Físicos
	AUS Saúde Mental Associação de Saúde Mental
	CONFISGA Conselho de Fiscalização Grande Areal
	DAAN - Diretório Acadêmico Anna Nery
	OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
	COMDER – Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural
	Conselho de Saúde do Fragata
	Casa do Trabalhador
	Escola de Samba General Telles
	ACVV - Associação de Apoio Comunitário Vontade de Viver
	CPERS – Conselho dos Professores do Estado do RS
	Paróquia Sagrado Coração de Jesus
	Pastoral da Saúde
	Sindicato da Alimentação
	Sindicato dos Rodoviários
	Sindicato dos Trabalhadores Rurais
RNP – Rede Nacional de pessoas vivendo com HIV	
Sindicato dos Empregados do Comércio	

Fonte: Sistematização da autora

O Conselho Municipal de Saúde de Pelotas funciona nas dependências da Casa dos Conselhos, onde dispõe de um plenário para reuniões e de uma sala própria para as atividades da administração do mesmo.

A diretoria do Conselho obedece à paridade entre os segmentos e está assim definida pelo Regimento Interno do Conselho: Presidente; 1º Vice-presidente; 2º Vice-presidente; 3º Vice-presidente; 1º Secretário; 2º Secretário; 3º Secretário; 4º Secretário. A diretoria deverá permanecer no mandato até dois anos, a reeleição dos seus representantes não é permitida por mais de uma vez consecutiva (CMSPel, 2006, pp.8-9). O item seguinte abordará o processo de eleição no Conselho.

2.2 O Processo das Eleições no Conselho Municipal de Saúde de Pelotas

As eleições para a escolha da nova diretoria são orientadas pelo Regimento Interno, e acontecem sempre nos anos ímpares, e sempre na 3ª quinta-feira do mês de agosto, não existindo nenhum impedimento legal. Para esse processo eleitoral ocorrer, é necessário que, na primeira plenária do mês de julho do ano em que ocorrerão as eleições, seja escolhida uma Comissão Eleitoral, a qual irá coordenar todo o processo, de acordo com a legislação em vigor. No Regimento Interno do Conselho, os integrantes dessa comissão não poderão estar inscritos em nenhuma chapa concorrente.

As eleições ocorrem em Assembleia Geral, na qual todos os conselheiros podem votar e ser votados, uma vez que tenham apresentadas suas chapas, as quais serão analisadas pela Comissão, tornando-as públicas através da Plenária e de publicação de edital em um jornal local. Será considerada vencedora a chapa que obtiver a maioria simples dos votos dos conselheiros com direito a voto. Os conselheiros eleitos complementarão o período de mandato restante. Devido ao fato de as eleições ocorrerem em agosto, os eleitos assumem o mandato a partir da primeira quinta-feira do mês de setembro subsequente.

O Conselho Municipal de Pelotas conta, também, com as Comissões que ajudam a diretoria nas atribuições da mesma. Tais comissões serão abordadas a seguir

2.2.1 As Comissões Permanentes no Conselho

Para colaborar com a diretoria do Conselho, existem mecanismos que auxiliam no que diz respeito à fiscalização, promoção de cursos e à emissão de pareceres específicos. São as Comissões Permanentes, a saber: Comissão Técnica (COMTEC); Comissão de Finanças (COMFIN); Comissão de Fiscalização (COMFIS); Comissão de Ética (COMET); Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) e a Comissão de Saúde Mental (CSMental). Todas essas Comissões deverão obedecer à paridade entre os conselheiros, principalmente, no que tange ao segmento dos usuários. Os integrantes dessas comissões são escolhidos por indicação de seus segmentos, com homologação em plenária, caso não haja indicação pelo segmento, os mesmo serão indicados pela plenária (CMSPEl, 2006).

Cada comissão tem funções específicas. A Comissão Técnica (COMTEC), por exemplo, tem a competência de:

- ▶ analisar projetos técnicos, laudos e documentos semelhantes, para emitir parecer à Plenária e à Direção;
- ▶ desenvolver estudos com vistas à elaboração de planos e projetos relativos à política municipal de saúde, quando solicitados pelos órgãos do CMSPEl;
- ▶ avaliar denúncias, emitindo parecer quando solicitado pela comissão de fiscalização ou da Direção.

Quanto à Comissão de Finanças (COMFIN), esta tem por finalidades contribuir com o Conselho nas seguintes competências:

- ▶ avaliar e emitir parecer ao Plenário das prestações de contas enviadas pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme determina a legislação;
- ▶ avaliar e emitir parecer ao Plenário das prestações de contas enviadas por prestadores de serviços dos SUS;
- ▶ avaliar e emitir parecer sobre a previsão orçamentária do município relativo à saúde;
- ▶ acompanhar a aplicação do orçamento municipal e das receitas governamentais destinadas ao Fundo Municipal de Saúde ou programas específicos da área de Saúde;

► avaliar e emitir parecer ao Plenário e à Diretoria sobre despesas da Secretaria relativas a imóveis por ela administrados, novas construções e reformas dos prédios próprios ou locados;

► avaliar e emitir parecer sobre os ativos do Fundo Municipal de Saúde, conforme o Artº. 6º da Lei Municipal 3483¹²;

► avaliar anualmente o inventário de bens da Secretaria Municipal de Saúde emitindo parecer; poderá acompanhar as licitações referentes às despesas com o SUS no município.

A Comissão de Ética (COMET), apesar de ser permanente, somente será acionada pela direção ou plenária, quando necessário. E cabe à mesma avaliar o comportamento dos conselheiros quando tomarem atitudes inconvenientes, isoladas ou não, nas Plenárias ou fora destas, que não condigam com as condutas previstas na legislação em vigor ou, quando tomarem posições contrárias aos interesses do Conselho. Quando se fizer necessária a intervenção dessa comissão, a mesma emitirá parecer que será encaminhado à plenária, tendo o (os) conselheiro (os) direito de ampla defesa.

O Conselho também conta com a contribuição da Comissão de Fiscalização (COMFIS), que tem como objetivo principal proceder ao exame e ao acompanhamento das ações e serviços desenvolvidos e mantidos diretamente, ou através de convênios e contratos, pelo SUS. Atua, também, em casos especiais, quando houver situação de risco grave à população, em empresas ou instituições privadas. No caso do setor privado, só atuará por denúncia escrita devidamente identificada pelos atingidos, ou partir de órgãos de comunicação escrita, falada e televisionada. Deverá essa comissão desenvolver suas atribuições de acordo com o Regimento Interno específico a ser aprovado pelo Plenário, por proposta da Direção.

Sabemos que o trabalhador tem de ser respeitado nos seus direitos no trabalho, tendo condições dignas para desenvolver o mesmo e sem risco para sua saúde, portanto, o Conselho conta com a assessoria da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), que tem por finalidade:

► Assessorar o CMSPel nas políticas de saúde do trabalhador, nelas incluídas o meio ambiente do trabalho, e na implantação do Sistema de Informações de Saúde do Trabalhador (SIST), no município;

¹² Lei nº 3483 de 12 de fevereiro de 1992. Institui o Fundo Municipal de Saúde. Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/legislação/494343/lei-3483-92-pelotas-rs> Acesso em 27/03/2011 às 3h14min.

▶ Acompanhar e fiscalizar as atividades municipais referentes à saúde no trabalhador, que estão expressas na Legislação Federal, Estadual e Municipal, em especial exposto na Lei nº. 8080/90, Artº 6º. Parágrafo 3º¹³.

▶ Analisar, organizar e propor juntamente com órgãos de classes, prestadores de serviços e gestores, as propostas para os programas e serviços afins que serão levadas à deliberação da plenária do CMSPel.

▶ Agir direta ou indiretamente, junto aos setores de controle social, movimentos organizados de trabalhadores, visando a contribuir como agentes ativos e capazes para a consolidação da área de saúde do trabalhador no SUS;

▶ Acompanhar e fiscalizar as atividades do Centro Regional de Referências em Saúde do Trabalhador (CEREST), bem como integrar o Conselho Gestor, do referido centro;

▶ Avaliar e emitir parecer sobre os relatórios do CEREST e outros órgãos que desenvolvam atividades relativas à saúde do trabalhador;

▶ Avaliar denúncias pertinentes e encaminhá-las aos segmentos afins.

A Comissão de Saúde Mental (CSMental) tem por objetivos:

▶ Analisar as políticas de gestão de saúde mental propostas pelo Gestor Municipal, com a finalidade de subsidiar as decisões sobre o tema nas plenárias do CMSPel;

▶ Propor soluções ao Gestor Municipal sobre aos problemas de gestão na saúde mental;

▶ Fiscalizar, junto às UBS, CAPS e demais unidades que compõem a rede municipal de atenção à saúde mental, a efetiva implementação das políticas de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde.

O CMSPel conta, também, com Comissões Especiais para o cumprimento de suas atividades e atribuições específicas, podendo estas ser propostas pelo Plenário ou pela Direção, que podem ter caráter permanente ou temporário. O CMSPel poderá também criar comissões intersetoriais e grupos de trabalhos paritários, ou não, que poderão contar com integrantes não conselheiros, se for assim deliberado pela plenária. Essas Comissões ou Grupos Temáticos podem ser de âmbito

¹³ Lei nº. 8080/90 Art. 6, Parágrafo 3º. Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1998).

municipal ou distrital, que têm como finalidade estudos de questões sobre a saúde coletiva fazendo a articulação de políticas e programas de interesses para a saúde, cuja execução envolverá, ou não, áreas compreendidas no âmbito do SUS (CMSPel, 2006).

Se toda a normatização aqui exposta fosse efetivada, o Conselho não teria tantas dificuldades para deliberar sobre a política de saúde do município. Entretanto, isso não foi observado nas reuniões do Conselho. Ainda que as comissões devam ser mecanismos para contribuir com a diretoria, as mesmas se encontram fragmentadas por falta de pessoas (conselheiros) que se disponibilizem a participar. Isso pode estar ocorrendo por desinformação dos conselheiros sobre as comissões, ou porque os conselheiros que participam do conselho são trabalhadores sem tempo de contribuir nas mesmas, respostas que poderão ser esclarecidas no próximo capítulo, no qual serão analisados os questionários e as entrevistas aplicados aos representantes do segmento dos usuários.

Mesmo com essas dificuldades, percebe-se a luta constante desse Conselho para efetivar o controle social sobre a política de saúde do município. E é nas Plenárias do Conselho que se pode observar essa luta, pois nas mesmas é discutida a política de saúde do município, podendo todos os presentes participar, trazendo reclamações, dando suas opiniões e colaborações, para que se efetive, na prática, esse controle nas ações de saúde.

Para melhor compreender a dinâmica de funcionamento e desenvolvimento das Plenárias no Conselho, faremos, a seguir, uma abordagem das mesmas.

2.2.2 As Plenárias do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas

As Plenárias ordinárias acontecem quinzenalmente, às quintas-feiras, podendo ser convocadas plenárias extraordinárias quando necessárias. O início das mesmas ocorre com a primeira chamada às dezoito horas e trinta minutos, com a presença de metade mais um de seus membros e, com segunda chamada, às dezenove horas, com a presença de um terço mais um dos membros, ou seja, dezessete conselheiros. Essas plenárias são públicas, e todos têm direito a voz, como já se fez referência neste trabalho.

A frequência dos presentes nas plenárias é registrada através do livro de presença. Os conselheiros que assinam a presença no livro recebem uma identificação que lhe dará direito de votar na plenária sobre os assuntos que serão deliberados. O voto se dará através do representante legal das entidades, instituições e órgão governamental, devidamente indicado e estando presente na plenária. Durante a votação, não deve haver manifestações dos presentes. O plenário poderá estipular um tempo limite para a discussão dos pontos de pauta, tornando as reuniões mais ágeis e dinâmicas.

Nas plenárias, são dados os informes da direção do Conselho, dos órgãos governamentais, dos conselheiros e dos visitantes. Os informes não estão abertos às discussões, e serão limitados, no máximo, cinco minutos para a direção do Conselho, Secretaria Municipal de Saúde e 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, e dois minutos para os conselheiros e visitantes. Nos encaminhamento dos pontos de pauta, é atribuído a cada conselheiro o tempo limite de cinco minutos, as intervenções dos presentes são de três minutos e as posteriores, de dois minutos.

Cada intervenção deverá obedecer à ordem de inscrição previamente efetuada com o secretário, não sendo permitida interrupção no tempo disponível. A duração da plenária é de, no máximo, duas horas, podendo a mesma ser prorrogada, se necessário e se for aprovada a prorrogação pela maioria dos presentes, por mais trinta minutos. As plenárias são todas gravadas e transcritas as atas que, depois de aprovadas, são encaminhadas para o Prefeito Municipal, Promotor Público e Defensoria Comunitária ou Semelhante e Câmara de Vereadores.

A plenária do CMSPel deverá manifestar-se por meio de moções, resoluções, recomendações e outros atos deliberativos. Essas resoluções são obrigatoriamente encaminhadas ao Prefeito Municipal, num prazo de sete dias, para que o mesmo as homologue, e o mesmo terá prazo de trinta dias para homologá-las. Decorrido esse prazo e não sendo enviada ao CMSPel justificativa com propostas de alteração ou rejeição da resolução, que será deliberada na reunião seguinte, essa entrará automaticamente em vigor. Como respaldo a tal determinação, o Conselho poderá recorrer ao Ministério Público (CMSPel, 2006).

Portanto, as plenárias são decisivas para a deliberação dos projetos, ações e assuntos relacionados à área de saúde no Conselho, tornando, de fato, a prática do Controle Social através desse mecanismo. É nesse espaço institucional aberto ao

diálogo que acontece a articulação da sociedade civil organizada, ou não, com o poder público, para deliberar acerca dos assuntos da saúde, dando voz e vez a todos de se manifestar, exercer sua cidadania e exigir seus direitos.

2.3 Considerações Finais

Este capítulo procurou mostrar as características do município de Pelotas, quanto a sua população, sua economia, bem como o seu sistema de saúde, que a partir de 2000 passou a ter Gestão Plena na Saúde do município. Apresentou também o Conselho Municipal de Saúde, desde seus primeiros passos, com as AIS e as CIMS, que constituíram o processo de descentralização do sistema de saúde, vindo a desencadear a criação do Conselho Municipal de Saúde no ano de 1991 e, depois, com devida alteração pela Lei 4554/2000, transformando-se em um espaço de Controle Social com participação paritária na sua composição.

Uma análise mais detalhada do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas será feita no capítulo a seguir, no qual será analisada a representatividade do segmento dos usuários e se, de fato, este está defendendo os direitos coletivos e fazendo articulação com seus representados.

CAPÍTULO III: ANÁLISE DA REPRESENTATIVIDADE DO SEGMENTO DOS USUÁRIOS NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS

Este capítulo tem, por objetivo, apresentar a análise dos dados coletados na pesquisa. Nosso trabalho enfocou o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, mais especificamente, os conselheiros representantes dos usuários, e possui como propósitos:

- ▶ Conhecer como ocorre a participação dos conselheiros representantes dos usuários no CMSPel;
- ▶ Identificar quem são os representantes dos usuários das UBS no CMSPel;
- ▶ Analisar a participação do usuário nas reuniões do CMSPel;
- ▶ Conhecer e analisar como acontece a comunicação/articulação entre conselheiros e usuários sobre as questões e decisões debatidas e deliberadas no CMSPel.

Para a coleta de dados, foram utilizados: a) análise das atas do Conselho no período compreendido entre os anos de 2008 e 2009; b) observações nas reuniões do Conselho de setembro de 2010 a fevereiro de 2011, para analisar como ocorre a participação dos usuários nas mesmas e qual a posição de seus representantes; c) os questionários, distribuídos aos conselheiros representantes dos segmentos dos usuários; e d) entrevista¹⁴, destinada aos supostos conselheiros representantes dos usuários das UBS para que, através da mesma, pudéssemos identificar se há a articulação/comunicação com os usuários das UBS e com os segmentos dos usuários representados no Conselho, e como ela ocorre.

Para realizar este estudo, optamos pela pesquisa qualitativa, pois não pretendemos saber a quantidade de representantes dos segmentos dos usuários, e sim, a qualidade dessa representatividade no Conselho, para poder entender e interpretar essas representações, observando as determinações e transformações que elas possam provocar no mesmo, na sociedade e, principalmente, na entidade que eles representam. O resultado da pesquisa, bem como a análise da mesma serão apresentados a seguir.

¹⁴ As entrevistas foram gravadas e transcritas para garantir a fidelidade dos depoimentos.

3.1 Análise das Atas do CMSPel

Uma das fontes de dados utilizadas foram as atas das plenárias do CMSPel. Foram analisadas as atas dos anos de 2008 e 2009¹⁵, disponibilizadas no site do Conselho¹⁶. A escolha desse período para análise deve-se ao fato de que houve eleições para nova a diretoria, e nossa intenção é conhecer como acontece esse processo dentro do Conselho. Desse modo buscou-se identificar: (a) intervenções dos representantes dos usuários nas plenárias; (b) quem mais se manifesta, e se as manifestações também dizem respeito às entidades as quais representam; e (c) o processo da eleição.

As atas de todas as plenárias que ocorreram nesses dois anos foram minuciosamente analisadas. Referente a 2008, foram 25 atas. O processo de análise foi mais complicado no início, pelo fato de os conselheiros não serem identificados, por segmentos. Assim, precisou-se recorrer à identificação prévia de todos os conselheiros, para que pudéssemos, após, analisar o conteúdo das manifestações.

Para a quantidade de manifestações registradas nas atas, podemos verificar que as plenárias são bastante participativas. A distribuição das manifestações entre os segmentos é demonstrada no QUADRO 4.

O segmento que mais se manifesta é o dos usuários. Este também é o segmento mais assíduo, segundo as listas de presenças. Entretanto, analisando as manifestações dos conselheiros, observamos que quatro conselheiros (usuário e trabalhador da saúde) manifestam-se mais e são os que mais discutem e debatem os assuntos das pautas, por vezes, parece um jogo de “ping pong” entre quatro pessoas, o que nos leva a questionar: Os outros conselheiros não entendem o que está sendo discutido? Têm dificuldades para entender a parte técnica e fazer discussões sobre a mesma? São questionamentos que, ao longo da análise, procuraremos esclarecer.

¹⁵ A escolha do período deve-se ao fato de que em 2009 houve eleição para nova diretoria, e fez-se necessário analisar o ano de 2008 que era composto por outra diretoria para entender como ocorreu o processo das eleições.

¹⁶ Disponível em www.pelotas.com.br/cmspel

QUADRO 4: Número de intervenções dos conselheiros nas Plenárias do CMSPel no ano de 2008

Atas	Usuários	Gestor	Prestador	Trabalhador/Saúde	Visitantes	Total de Intervenções
01	09	05	04	07	01	26
02	05	06	00	15	05	31
03	11	05	01	03	01	21
04	20	11	04	15	06	56
05	06	04	01	07	00	18
06	07	07	01	03	02	22
07	14	04	01	07	02	24
08	10	06	00	00	03	19
09	11	00	00	08	03	22
10	13	05	06	11	01	36
11	14	00	00	12	00	26
12	12	08	03	07	01	31
13	10	07	02	03	02	24
14	06	07	02	08	03	26
15	03	02	02	04	00	11
16	11	02	04	06	04	27
17	15	08	01	04	02	30
18	16	08	04	06	01	35
19	12	04	04	08	07	35
20	14	02	03	09	02	30
21	25	00	02	12	06	45
22	06	03	00	04	01	14
23	08	02	00	06	02	18
24	06	00	02	03	02	13
25	22	11	02	05	03	43
Total	286	117	49	173	60	683

Fonte: Sistematização da autora

Buscamos verificar quais são os conselheiros que mais se manifestam e as entidades que representam. O que ocupa a posição de maior destaque em termos de número de intervenções é um representante de um conselho, o outro, de um sindicato e o terceiro que mais interveio nas plenárias representa também um conselho. Os demais, na seqüência, são representantes de associações, conselhos e sindicatos. Há conselheiros que não se manifestaram em nenhuma plenária.

Em relação aos que mais fizeram intervenções, houve um conselheiro com 96 intervenções nas 25 atas. Detalhamos a análise das atas dos representantes dos usuários, mas não podemos deixar de mencionar que um representante de trabalhador na saúde também se manifestou muito no Conselho.

Como nosso interesse é saber se os representantes dos segmentos dos usuários, de fato, representam os interesses de suas entidades e de seus

representados. Observou-se pela análise das manifestações nas atas de 2008, é que todos os assuntos são de relevância para os segmentos, mas nenhum conselheiro trouxe, para ser debatido e discutido nas plenárias, assuntos de interesse coletivo de sua entidade, sendo pautados alguns pontos pessoais e individuais. Isso nos remete às palavras de Correia (2005), quando a autora faz referência à democracia representativa, dizendo que, através dessa democracia, temos a livre escolha, porém não nos é garantido que os escolhidos tomem as decisões que correspondam às nossas expectativas.

Percebemos que os temas mais debatidos e deliberados no Conselho são referentes a projetos do gestor e dos prestadores de serviços, bem como as prestações de contas desses segmentos, e os recursos a serem utilizados na saúde do município. Não se percebeu, em nenhuma das atas de 2008, proposta com referência a alguma entidade representada pelo segmento dos usuários.

Mas reconhecemos o esforço desse fórum para se manter como espaço de Controle Social. Pois, em muitas discussões levantadas pelos conselheiros, uma delas é a falta de respeito com esse órgão deliberativo por parte do gestor. Os conselheiros se mantiveram firmes nas decisões, inclusive não deliberando assuntos de relevância, enquanto o Conselho não fosse de fato reconhecido pelo gestor como órgão deliberativo e fiscalizador da política de saúde no município.

Sabemos que os Conselhos são espaços contraditórios, como bem nos coloca Correia (2006), e que dentro dos mesmos estão representados vários segmentos cujos interesses não são homogêneos, porém procuram buscar um consenso, que é prezar o Sistema Único de Saúde de qualidade, universal e equânime para os usuários. Caso esse órgão deliberativo não seja respeitado, deve, sim, tomar providências necessárias, porque o mesmo está amparado por lei, para deliberar sobre a Política de Saúde nas três instâncias de governo, e assim o deve fazer.

Dando sequência à análise das atas, foram analisadas 27 atas de 2009. Nelas, os conselheiros se identificavam devido ao fato de que, em uma plenária, foi pedido por um conselheiro que os mesmos quando se manifestassem, se identificassem dizendo que segmento representavam. Assim, ficou mais fácil ir construindo a análise das mesmas. Continuamos a buscar as intervenções dos conselheiros, e nas atas de 2009 também procuramos observar se houve mudanças nas representações que mais se manifestavam nas plenárias. Analisamos o

processo das eleições que ocorreu no Conselho nesse período, buscando entender como se desenvolve esse processo. O quadro elaborado a seguir serve para melhor visualizar as intervenções dos conselheiros, nas plenárias do CMSPel, no ano de 2009.

QUADRO 5: Número de intervenções dos conselheiros nas plenárias do CMSPel no ano de 2009.

Atas	Usuários	Gestor	Prestador	Trabalhador/Saúde	Visitante	Total de Intervenções
01	19	05	03	14	03	44
02	16	00	01	11	03	31
03	21	02	01	08	00	32
04	14	04	01	02	02	23
05	11	01	02	10	07	31
06	02	01	01	01	01	06
07	12	02	04	08	00	26
08	16	05	03	05	00	29
09	06	02	01	10	03	22
10	06	00	00	07	01	14
11	08	02	00	14	02	26
12	12	00	02	03	04	21
13	24	03	02	16	02	47
14	15	02	00	10	00	27
15	07	00	00	05	00	12
16	11	04	02	02	01	20
17	12	04	04	02	00	22
18	Eleições					00
19	Posse da Nova Diretoria					00
21	13	05	01	04	01	24
22	12	02	02	03	00	19
23	12	06	06	10	02	36
24	17	02	03	07	00	29
25	18	06	01	07	03	35
26	03	01	02	00	01	07
27	09	07	03	05	03	27

Fonte: Sistematização da autora

As atas das plenárias de 2009 mostram que os representantes dos usuários são os que permanecem com mais intervenções. Os conselheiros citados no QUADRO 4 continuam sendo os que mais se manifestaram, mas houve um aumento de intervenções por parte de um outro conselheiro que representa uma associação. Isso nos remete a perceber que, quanto mais os conselheiros se envolvem nas discussões e nos assuntos que são desenvolvidos nas plenárias, vão adquirindo conhecimento e passam a se manifestarem, opinando e dando pareceres sobre os

assuntos e projetos apresentados. Portanto, quanto a essas manifestações, Côrtes (2009) diz que uma das condições para que haja participação e intervenção dos conselheiros nas reuniões é a presença e, através da presença assídua, os conselheiros vão adquirindo aprendizado. Pode-se dizer, vão sendo “capacitados” e poderão intervir. A intervenção é um importante indicador do exercício efetivo de influência nas discussões e deliberações do Conselho (CÔRTEES, 2009).

Nas análises das atas 2009, propusemo-nos a analisar o processo das eleições, e não podemos deixar de citar também as Conferências Municipais de Saúde, mesmo porque, em 2009, aconteceu 9ª Conferência Municipal, e esta ocorreu em meio ao processo das eleições do CMSPel.

As eleições para a escolha da nova diretoria no CMSPel foi bem tumultuada, devido ao fato de haver uma disputa de poder dentro do mesmo, o que se percebeu na análise das atas. É mesmo uma correlação de forças existente na qual ganha aquele que está mais articulado, ou que procura fazer parcerias para se articular. Analisamos que, nesse processo, existiram interesses diversos, uns para permanecer no poder, dando continuidade aos interesses ora em jogo, outros na disputa para mudar o jogo, e tentar fazer que os usuários fossem mais atendidos nas suas necessidades. Para compreender melhor, reportamos-nos as palavras de Correia, que em relação às disputas nos conselhos diz o seguinte:

Os representantes de setores organizados na sociedade civil que compõem um conselho podem defender os interesses do capital ou do trabalho, em cada proposta apresentada ou aprovada em torno da direção da política de saúde. Nos conselhos existem tensões que se expressam na presença de diferentes interesses de classes que cada conselheiro representa, para dar o rumo das políticas públicas. Não são espaços neutros, nem homogêneos, pois nele existe um embate de propostas portadoras de interesses divergentes para dar o rumo da política específica na direção dos interesses dos segmentos das classes dominantes ou das classes subalternas, lá representados (CORREIA, 2006, pp. 125-6).

Portanto, podemos perceber que, na disputa pela direção do Conselho, houve divergências de interesses. O que ficou transparente nas análises é que alguns conselheiros são representantes do segmento de usuários, mas nas defesas das propostas, vão ao encontro dos interesses do capital.

Pelas análises das atas, entendemos que também ocorreu uma disputa pessoal, o que ainda se observa nas reuniões do Conselho, parecendo um jogo de

quem sabe mais, e com isso o usuário e os projetos de interesse dos mesmos é que são prejudicados e, muitas vezes, não são analisados e ficam no esquecimento, não retornando para discussão. Com todos os debates, discussões e manifestações ocorridos em torno das eleições do Conselho, no final foi apresentada uma chapa para concorrer, a qual foi aprovada por aclamação dos presentes na plenária.

Paralelamente às eleições, acontecia a organização da 9ª Conferência Municipal de Saúde, que deveria ter ocorrido em julho de 2009, mas devido ao fato epidemiológico vivido na cidade (gripe H1N1), ficou decidido pela plenária do Conselho que a mesma ocorreria em outubro de 2009. No item a seguir estaremos analisando as Conferências Municipais de Saúde de Pelotas

3.1.1 As Conferências Municipais de Saúde de Pelotas

As Conferências Nacionais de Saúde devem ocorrer de quatro em quatro anos, e as municipais podem ocorrer de dois em dois anos, sendo que, no ano no qual acontece a Conferência Nacional, o tema trabalhado nas Conferências Municipais deve ser o mesmo da Nacional, e que sejam tiradas das Conferências Municipais, propostas que serão apresentadas nas Conferências Estaduais e, depois levadas à Nacional. Nos anos que ocorrem a Conferência do Município o tema tratado é de relevância do próprio município.

As Conferências de Saúde em Pelotas acontecem de dois em dois anos, e são fóruns importantes para a discussão da Política de Saúde do município, pois agregam representações de vários segmentos da sociedade. E têm, como objetivo, avaliar e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde do município. O Conselho Municipal de Saúde deve convocar a Conferência, retirando, entre os membros dos segmentos, uma Comissão de Organização da Conferência. Faremos um resgate das Conferências Municipais de Pelotas, para perceber as mudanças que, aos poucos, ocorreram nas mesmas.

A primeira Conferência Municipal de Saúde foi realizada no ano de 1989, tendo como tema principal “Saúde: um direito de todos”. Nessa conferência, o Conselho Municipal de Saúde não havia sido criado, portanto, foi organizada pela Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar, 3ª Delegacia Regional de Saúde,

Secretaria de Saúde e Meio Ambiente, UFPEL, UCPEL, Comissão de Seguridade Social da Câmara Municipal de Vereadores e tinha o aval da CIMS. Objetivava subsidiar a Câmara de Vereadores com anteprojeto de capítulo de saúde para Lei Orgânica do Município, encaminhando como emenda popular a partir das deliberações da plenária final, e propiciar a participação da sociedade civil organizada, dos trabalhadores de saúde e das instituições e entidades prestadoras de serviços na formulação do anteprojeto do capítulo de saúde para a Lei Orgânica (CMSPEL, 1989). A Conferência foi realizada três anos após a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde e, pelos objetivos propostos, pode-se perceber que a animação para que a sociedade civil organizada participasse desse espaço de Controle Social ainda estava em alta. Assim, como no restante do país, Pelotas vivia o intenso movimento popular, com sindicatos, comunidades, associações e muitos setores da sociedade civil organizada, buscando construir uma democracia participativa e, principalmente, instituir espaços de Controle Social, onde a população estivesse controlando as ações do Estado, e a área da saúde, com Movimento da Reforma Sanitária influenciava e muito essa participação.

A segunda Conferência Municipal de Saúde ocorreu em 1991 e teve, como tema, as propostas da IX Conferência Nacional de Saúde, que tratava da Descentralização e Municipalização da Saúde. Essa Conferência aconteceu conjuntamente com a I Conferência Regional Sul de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde foi criado, em maio de 1991, pela Lei nº. 3377 e, em setembro, já estava ocorrendo a segunda Conferência. Mesmo que esta Conferência tenha sido organizada pelo Conselho, não houve muitas modificações, visto que ainda era muito tímida a participação dos usuários na mesma. Além disso, a composição do Conselho não era paritária, o que se percebia na composição eram muitas entidades que tinham representação no Conselho por interesses particulares e outras que representavam o gestor, logicamente para defender seus interesses.

Os usuários eram representados pelos Conselhos dos quatro grandes bairros da cidade, e seus representantes, escolhidos pelo próprio Conselho ou indicados pelo gestor. Na verdade, a população usuária pouco sabia desses espaços de Controle Social. Mas os representantes dos bairros que eram conselheiros se empenhavam em construir os Conselhos Gestores nas UBS, para que os usuários ficassem sabendo que tratava do Controle Social e da importância de estarem participando desses espaços para exercerem sua cidadania.

A terceira Conferência Municipal de Saúde aconteceu em 1993. Há poucos documentos sobre essa conferência no Conselho. Tomamos conhecimento de que a mesma debateu os temas sobre a municipalização, distritalização e consórcios intermunicipais de saúde. Pode-se dizer que as discussões dessa Conferência ainda eram em relação ao tema da IX Conferência Nacional de Saúde de 1992.

Em 1996, ocorreu a quarta Conferência Municipal de Saúde, que trouxe como tema “SUS: Construindo um modelo para atenção à saúde e qualidade de vida”. Essa conferência foi realizada antes da 10ª Conferência Nacional de Saúde, pois daqui saíram delegados para a Conferência Nacional em Brasília. Portanto, para a realização da Conferência Nacional, já estavam ocorrendo as pré-conferências estaduais e municipais, de onde saíam propostas para a Conferência Nacional.

No relatório final da Conferência Municipal, observam-se duas propostas importantes a serem tratadas pelo Conselho Municipal, que seria a criação de cursos para a formação e a capacitação de conselheiros, e maior divulgação das Conferências pela mídia, principalmente, para que os usuários participassem das mesmas.

Portanto, a partir dessa Conferência, começa-se a avaliar a necessidade de os conselheiros estarem capacitados a participar do Conselho, já que muitas pessoas que eram líderes de comunidade, sindicatos, associações, etc., participavam nos Conselhos, sem a devida capacitação, muitas vezes nem mesmo sabendo o que significava o Conselho e sua função. Também a participação do usuário foi ressaltada, pois é com a participação do mesmo que se efetiva o controle social, e a Resolução 33/92, do Conselho Nacional de Saúde, traz como uma das competências dos conselhos “estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde” (CNS, 1992).

A quinta Conferência Municipal de Saúde ocorreu no ano 2000 e trabalhou o tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde, “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Foram desenvolvidas, no município os temas relacionados à Avaliação dos Programas de Saúde do Plano Municipal de Saúde, o Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), bem como a Atenção Básica, Secundária e Terciária de saúde, e o financiamento do SUS.

Nesse ano, é aprovada pela Câmara de Vereadores e sancionada pelo Prefeito Municipal a Lei nº. 4554, que altera a Lei nº.3377/91, tornando a

composição do Conselho Municipal paritária, ou seja, os usuários deveriam ter 50% na representação do mesmo e os outros 50% divididos: 25% para prestadores/gestor e 25% para trabalhador na saúde. A escolha dos temas debatidos na Conferência sobre a atenção básica, secundária e terciária, deveriam-se ao fato de que, nesse mesmo ano, Pelotas passa a ter a gestão plena do sistema de saúde, sendo o gestor responsável por todas as ações de saúde do município e do atendimento regional, ou seja, atendendo os vinte dois municípios que fazem parte da 3ª CRS. Sendo Pelotas o município pólo, aumenta a responsabilidade do CMSPel, que não só define as políticas de saúde do município, mas também interfere na política de saúde dos município da região.

A sexta Conferência Municipal de Saúde, em 2003, teve como tema principal o mesmo da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que se realizou em Brasília: “Saúde, direito de todos e dever do Estado – A Saúde que temos o SUS que queremos”. Não encontramos o Relatório Final dessa Conferência no Conselho Municipal, portanto não sabemos as propostas que foram tiradas da mesma.

A sétima Conferência Municipal de Saúde de Pelotas ocorreu no ano de 2005, com o tema “Valorizando a Atenção Básica. O SUS que queremos começa bem aqui”. O Relatório Final dessa Conferência trouxe propostas importantes para a gestão do município cumprir, uma delas relacionadas às UBS, indicando que o gestor deveria dotar as mesmas de infra-estruturas adequadas, inclusive mobiliário, insumos e serviços para as funções a que se destinam e que fossem efetuadas por ordem de prioridades e com cronograma discutido pela comunidade; que o cumprimento da legislação em relação aos horários dos profissionais, sem nenhuma exceção, inclusive nos cargos de chefia e comissionados em todas as UBS, com fixação de informativos em local visível, com nome do profissional, função e horário de trabalho e aplicação prevista na legislação municipal, nos casos cabíveis; que a Secretaria de Saúde funcionasse nos dois turnos, etc.

Quanto ao Controle Social, algumas propostas mais relevantes foram: que a Secretaria Municipal de Saúde, mantivesse a autonomia financeira do Conselho Municipal de Saúde, garantindo, no orçamento do Fundo Municipal de Saúde, mais recursos para sua manutenção e melhor desempenho de suas funções (incluindo transporte para a fiscalização); que fossem implantadas ações para capacitação e/ou atualização dos conselheiros de Saúde para o exercício de seu papel, através de oficinas, cursos, seminários periódicos, promovidos em parcerias com o gestor

e/ou outras instâncias do Controle Social; que o secretário de saúde municipal participasse, efetivamente, dos eventos do Conselho Municipal de Saúde bem como estabelecesse e executasse um calendário de visitas juntos às UBS, para avaliar e constatar a deficiência das mesmas e viabilizar providências; que o Conselho Municipal de Saúde acompanhasse e assessorasse os Conselhos Locais, com intuito de fortalecê-los; que fosse incentivada a formação dos Conselhos Locais com a participação nas reuniões mensais das Unidades de Saúde, reforçando o Controle Social, etc.

Como percebemos nas análises das atas do ano de 2008, passaram-se três anos dessa Conferência e, em nenhum momento, as propostas feitas ao gestor foram colocadas em prática, uma vez que as UBS que receberam reformas, a comunidade não foi comunicada e, ficou sabendo apenas quando iniciaram as obras, não participando do processo. E foram poucas que passaram por reformas, pois a maioria continua fragmentada, aguardando melhorias. Quanto ao horário a ser cumprido pelos profissionais, permanece o mesmo dilema, ou não há profissional para atendimento, ou quando os mesmos saem de férias, não existe quem os substitua. Em relação ao funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde, esta permanece a funcionar somente em um turno.

Quanto às propostas para o Controle Social, a Secretaria não cumpre, porque não garante ao Conselho mais recursos, principalmente no que diz respeito a um veículo para que a fiscalização possa ser melhor. Não há registro nas atas analisadas de que o secretário tenha feito um calendário para visitar as UBS e, quanto à sua participação no Conselho, isso também não ocorreu pois, em muitas plenárias, o mesmo não se fez presente, e tratava-se de importantes plenárias para deliberações.

O Conselho Municipal de Saúde também deixou de cumprir algumas das propostas da Conferência, como incentivar e assessorar os conselhos locais, incentivar a participação da comunidade nas reuniões das UBS. Uma das propostas, que aparece nessa Conferência já havia sido referendada na quarta Conferência Municipal de Saúde no ano de 1996: a do curso para capacitação de conselheiros. Nas leituras das atas de 2009, encontraram-se registros de que foram feitas capacitações para os conselheiros, mas essas capacitações aconteceram esporadicamente quando deveriam ser contínuas, e não só para os conselheiros, mas também para todos que estivessem interessados em participar. Portanto,

deveria haver mais divulgação e visibilidade desses acontecimentos do Conselho para a população.

A oitava Conferência Municipal de Saúde aconteceu em junho de 2007, e o tema que centrou a mesma foi o mesmo da 13ª Conferência Nacional, que iria ocorrer no mês de novembro, em Brasília: “Saúde e Qualidade de vida. Política de Estado e Desenvolvimento”. Para essa Conferência Municipal, foram realizadas pré-conferências nos bairros, de onde saíam propostas para a mesma.

Os trabalhos nessa conferência ocorreram com a formação de cinco grupos de discussão, que elaboraram propostas orientadas para os grupos temáticos e, no final, apresentadas.

No grupo 1, que diz respeito ao desenvolvimento da cidadania e fortalecimento do controle social, destacamos umas propostas importantes, tais como: ações para o efetivo estabelecimento de uma rede de controle social articulada com a mobilização dos conselhos gestores e conselhos distritais com orientação à comunidade de como participar do controle social de forma voluntária, através das associações de bairros e demais associações e movimentos comunitários, enfatizando a participação do Conselho Municipal de Saúde nos conselhos distritais. Não se viu, nas atas analisadas, nenhuma ação em relação a essa proposta, porque, na realidade, não existem os conselhos gestores nas UBS, esses foram aos poucos se desfazendo e os que existem não estão atuantes.

Não se percebeu, em nenhum momento, ter havido mobilização com a comunidade para que esta participasse de associações, movimentos e, principalmente no conselho, tanto que nas análises da participação dos usuários nas plenárias, é rara ou quase insignificante a participação dos mesmos. Quanto aos conselhos distritais, somente um tenta manter uma representação, mas com muita dificuldade de mobilizar a comunidade para participar do mesmo.

Novamente, volta a proposta da educação permanente aos conselheiros, mas nessa Conferência estendida aos usuários do SUS. Capacitação para conselheiros está existindo, não de forma permanente, mas quanto aos usuários, não se percebeu nenhuma ação de curso para capacitação dos mesmos. Pois, para que ocorresse tal capacitação, seria necessária uma divulgação maior, que o Conselho se articulasse com as associações, as UBS, as igrejas, para que esses cursos fossem levados às comunidades.

Outra proposta relevante é que haja, por parte do Conselho Municipal e da Secretaria Municipal de Saúde, maior divulgação e estímulo aos usuários e trabalhadores para fazerem parte das Conferências. Nessa proposta, realmente falta fazer uma divulgação maior da Conferência e, no nosso entender, o estímulo para que o usuário e o trabalhador participem, deveria ser articulado com o representante de cada segmento. Os representantes é que deveriam estimular seu segmento a participar nas Conferências, como também nas plenárias do Conselho.

O grupo 2 desenvolveu o trabalho em cima da temática da melhoria das condições de trabalho e das desprecarização dos recursos humanos. Destacamos algumas propostas relevantes: resolver, em curto prazo, a problemática da contratação de pessoal para os serviços de saúde da rede pública, entre os quais, ESF, SAMU, Pronto Socorro, CAPS, UBS e outros, com contratação que inclua critérios claros de concurso ou seleção pública, considerando perfil profissional e qualificação. Nas análises das atas percebemos: o que é proposto na conferência não é cumprido pelo gestor, ou órgão competente, pois as reivindicações continuam sendo assuntos de pauta nas plenárias do Conselho, como vimos anteriormente na análise das atas, à falta de funcionários nos CAPS, às equipes de ESF não estruturadas como deveriam, à deficiência do Pronto Socorro Municipal, com superlotação, o SAMU com várias irregularidades nas contratações, etc.

Uma das propostas dessa Conferência já havia sido incluída na Conferência anterior, é a que se refere aos equipamentos das UBS, dando condições físicas adequadas, materiais necessários, evidenciando segurança nessas instalações e equipe completa. Parece-nos que realmente falta competência por parte do gestor ou vontade política do mesmo para cumprir as propostas das Conferências. Passaram-se dois anos da Conferência anterior, e as propostas continuam as mesmas, talvez se houvesse mais mobilização por parte da sociedade civil organizada, esta se fazendo presente em massa nesses espaços de Controle Social, mostrando sua força, o gestor, sob pressão das massas, cumpriria, de fato, seu papel de gestar as coisas públicas.

Em relação ao grupo 3, que trabalhou a estruturação da gestão intra e intersetorial, vamos destacar somente um item que, para nós, é de extrema importância, pois continua sendo pauta de discussão nas plenárias do Conselho, é o item que diz respeito aos serviços de saúde mental, no qual foi feita a seguinte proposta: que seja ampliada a rede de saúde mental, incluindo outros dispositivos

que garantam a efetiva reforma psiquiátrica, como cadastramento e regulação de leitos psiquiátricos em hospital geral com atendimento de urgência, implantação do CAPS I e CAPS III, e Serviços Residenciais Terapêuticos. Passaram-se dois anos e nada em relação a essa proposta foi feito. É imprescindível, portanto, encontrar uma maneira de mobilizar a população para que as propostas das Conferências sejam, realmente concretizadas pelo gestor.

Em 2009, ocorre a nona Conferência Municipal de Saúde, que teve como tema: “Atenção Integral: A saúde como direito de todos e dever do Estado”. Do relatório final tiramos as propostas mais relevantes dos três eixos trabalhados na mesma para fazermos uma análise.

Do eixo sobre a atenção integral foram elaboradas 70 propostas. A proposta de nº.4 faz referência à ampliação das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF), conforme projeto já existente, analisando as modificações, se necessário, considerando fatores e condicionantes epidemiológicos. Em análise a esse item, nas reuniões de que participamos, foi constatado pelas falas dos conselheiros que novamente nada foi realizado, pois as equipes de ESF estão fragmentadas, os Núcleos não estão funcionando.

No item nº.44, é afirmado que o Programa de Internação Domiciliar (PID) deve ser implantado em todo o município, iniciando pelas áreas de ESF, atendendo prioritariamente idosos e pacientes com agravos crônicos e degenerativos. Observando as falas e as discussões nas plenárias de 2010 do Conselho, o PID não está funcionando, e somente o Hospital Universitário São Francisco de Paula presta esses serviços, mas com possibilidades de ser fechado por falta de verba.

No item nº.49, aparece a proposição de que sejam implantadas Unidade de Pronto Atendimento (UPA) territorializadas, integradas à rede de serviços, na zona urbana e rural, 24 horas. Nenhuma UPA foi construída na cidade, existiu uma discussão no Conselho para que o mesmo aprovasse a construção de uma UPA III, porém essa será construída no centro da cidade e, ainda, sem localização, todavia nada foi comentado sobre construção de UPA na zona rural, somente a ampliação de uma UBS no Distrito de Monte Bonito. Em relação a atendimento 24 horas nessa UBS não foi discutido pelo conselho, nem pela Secretaria Municipal de Saúde.

No eixo sobre a equidade, foram formuladas 23 proposições. Também iremos analisar o que é, a nosso ver, a de relevância para a coletividade.

No item 72, a proposição da Conferência é garantir a implantação do serviço de CAPS i considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente. Essa temática já vem de outras conferências, e o gestor parece que desconsidera as propostas das conferências, pois houve discussões nas plenárias de 2010 sobre o tema, mas nada de concreto ficou acertado. E essa é uma das propostas que deveria já ter sido colocada em prática, pois as crianças e adolescentes, principalmente, os que são dependentes químicos não têm onde fazer um tratamento adequado no município. (CMSPel, 2009).

No último eixo, que se refere aos recursos humanos, foram elaboradas 43 proposições. Destacamos a que concluímos ser de relevância, por exemplo, no item nº.119, a proposta é de reorganizar os Conselhos Locais de Saúde, com a participação do gestor municipal. Entendemos que esses conselhos sejam os das UBS. Há uma proposta da direção do Conselho em reorganizá-los, mas por enquanto nada foi feito de concreto. No item nº.120, é dito que a rede de atenção básica deveria ser fortalecida para dar apoio ao Pronto Socorro, o que se vê na realidade das UBS, como já citamos neste trabalho, é a sua fragmentação, com falta de medicamento, de material para curativos, descumprimento de horário por parte de profissionais, unidades sem condições adequadas de funcionamento.

No total, foram 136 proposições abrangendo os três eixos, se fôssemos analisar todas, tendo uma base nas reuniões de que participamos no Conselho, a maioria delas não foram executadas pelo órgão a quem compete. Portanto, chegue-se à conclusão de que o gestor não tem vontade política de cumprir com as propostas das conferências, entende-se também que o mesmo está desconsiderando as deliberações desse órgão legalmente constituído, que tem poder de propor as diretrizes para a política de saúde do município. Cabe, então, aos conselheiros tomarem atitudes contra essa posição do gestor, recorrendo ao Ministério Público, para fazer cumprir a lei.

Ao fazermos essa breve análise das Conferências Municipais de Saúde de Pelotas, percebeu-se que, nos seus relatórios finais, não constam quantas pessoas participaram das mesmas e, nas Conferências que coincidem com as nacionais e estaduais, os números de delegados que vão representar a cidade, também não aparecem nos relatórios. Tais dados são necessários para podermos entender o quanto a sociedade civil organizada está, ou não, participando desse mecanismo de Controle Social. Nossa análise das Conferências Municipais de Saúde de Pelotas

tinha, como foco, verificar a evolução na participação e, como não consta nos relatórios o número de participantes, a análise ficou prejudicada nesse ponto.

Dando sequência à análise dos dados da pesquisa, iremos apresentar, no item a seguir, os questionários que foram entregues aos representantes dos segmentos dos usuários do CMSPel.

3.2 O Perfil dos Conselheiros Representantes dos Usuários quanto ao Sexo, Idade e Escolaridade

O Conselho Municipal de Saúde de Pelotas tem 48 conselheiros. Destes, 24 são assentos destinados aos usuários. No período em que realizamos a pesquisa, dois assentos estavam sem representação. Um conselheiro negou-se a participar. Aos usuários representantes dos conselhos, que no nosso entender seriam os representantes das UBS, foi aplicada entrevista. Aos demais, questionários¹⁷.

A análise apresentada refere-se aos 11 questionários devolvidos e às 3 entrevistas realizadas, totalizando 14 conselheiros.

No que se refere ao sexo, há uma predominância de homens (57,14%). Também são os conselheiros homens que mais se manifestam nas plenárias. Mesmo com predominância masculina, não podemos deixar de mencionar que as mulheres vêm ganhando espaços nesses mecanismos de participação, pois, a partir da década de 1970, com o Movimento Feminista, bem como os Movimentos Populares da década de 1980, elas passaram a assumir cargos públicos e a participarem das discussões políticas.

¹⁷ A nossa intenção era que todos os conselheiros representantes dos segmentos dos usuários com assento no Conselho respondessem aos questionários, foram entregues 18 questionários, mas obtivemos respostas de onze. A entrevista foi aplicada aos três conselheiros, que no nosso entender seriam os representantes dos usuários das UBS, os três responderam a entrevista.

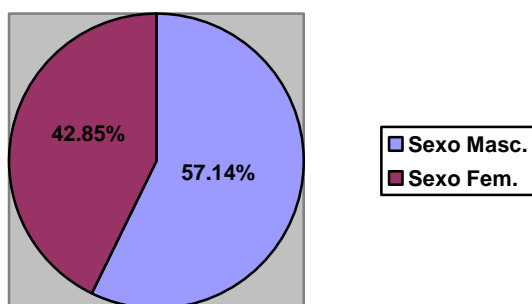


GRÁFICO 2: Características dos conselheiros quanto ao sexo
Fonte: Sistematização da autora

Com relação à idade, há uma absoluta predominância de pessoas com mais de 50 anos. Talvez isso se deva ao fato de que são, em sua maioria, aposentados, sendo assim com mais tempo de participarem desses espaços. São os representantes de associações, sindicatos e igrejas. Pode ser observado o fato de os mesmos terem uma predisposição e gostarem de discutir política, como também exercer sua cidadania. O GRÁFICO 3 não mostra a representação de jovens, eles não aparecem na pesquisa, devido ao fato de que foram entregues questionários, mas não obtivemos retorno. Os mesmo se encontram com assentos no Conselho no segmento de usuários através de seus diretórios acadêmico.

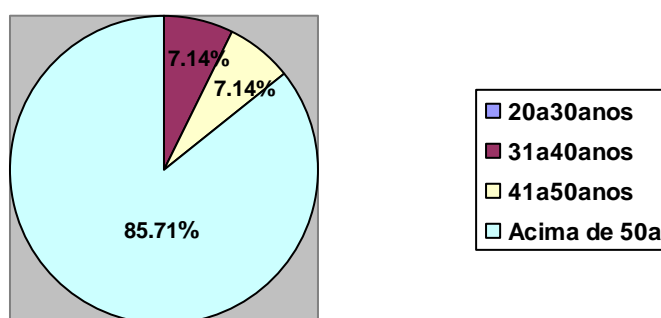


GRÁFICO 3: Características dos conselheiros quanto à idade
Fonte: Sistematização da autora

Com relação à escolaridade percebemos que os conselheiros em sua maioria possuem o 3º Grau completo, mas esse fato não significa que tenham mais conhecimentos em relação aos assuntos do Conselho, pois, como mostra a análise todos são unânimes em dizer que necessitam de capacitação por não terem conhecimentos técnicos de muitas questões deliberadas no Conselho.

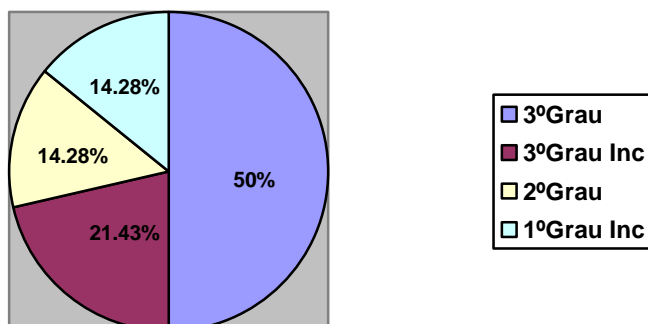


GRÁFICO 4: Característica dos conselheiros quanto à escolaridade
Fonte: Sistematização da autora

3.2.1 A percepção dos Conselheiros sobre a importância do CMSPeI

Para analisar as respostas dos questionários, usamos as próprias palavras dos conselheiros. Para que não sejam identificados, utilizamos como identificação o Usuário 1(U1), Usuário 2 (U2) e, assim, sucessivamente. Para melhor visualizar as respostas, demonstraremos em quadros.

Quando questionados sobre a importância do Conselho e a sua finalidade, fica evidente, na percepção dos conselheiros, a relevância do Conselho, pois, através dele, pode-se estar participando do Controle Social, fiscalizar, acompanhar e deliberar sobre a política de saúde do município. Foi expresso através das respostas esse entendimento, como veremos no quadro a seguir.

QUADRO 6: A percepção dos conselheiros quanto a importância e a finalidade do Conselho (continua)

Usuário	Respostas
Usuário 1	Espaço onde a sociedade tem o direito constituído na legislação para se manifestar e exigir a garantia de atendimento à saúde individual e coletiva e tem como finalidade fiscalizar e reivindicar a prestação de serviços públicos na área da saúde, podendo propor ações e serviços para tanto.

QUADRO 6: A percepção dos conselheiros quanto à importância e a finalidade do Conselho (conclusão)

Usuário	Respostas
Usuário 2	O conselho faz parte do sistema, é constitucional e onde o cidadão é o protagonista, pois ele acompanha, avalia, constrói e monitora os serviços e financiamentos do SUS.
Usuário 3	É onde é exercido o controle social e através deste controle a população tenha um atendimento adequado à saúde
Usuário 4	O conselho tem caráter permanente, deliberativo e fiscalizador da política de saúde e tem como finalidade avaliar e acompanhar os serviços de saúde.
Usuário 5	Através dele temos acesso às leis da saúde e sua finalidade é fiscalizar os serviços de saúde.
Usuário 6	No conselho existe a representação da população e sua finalidade é fiscalizar, exigindo dos órgãos públicos a realização das políticas de saúde.
Usuário 7	O conselho deve democratizar e socializar a aplicação de recursos da saúde, evitando assim desperdício e interesses políticos partidários e tem por finalidade zelar pela boa aplicação desses recursos e fazer levantamento nas bases representadas, mantendo contato constante, para que no conselho não haja uma democracia meramente representativa, mas participativa e que se possa dar uma resposta as reais aspirações e necessidades da população.
Usuário 8	Atender as dificuldades e as finalidades da saúde e resolver os problemas do município e mais os do conselho.
Usuário 9	Além de fiscalizar ajuda no controle social e tem por finalidade fazer cumprir as determinações sobre o SUS.
Usuário 10	Fiscaliza a política de saúde e ajuda o gestor a aplicar os recursos destinados a saúde e tem por finalidade fiscalizar a aplicação dos recursos destinados a saúde, visando uma melhora no atendimento do usuário.
Usuário 11	Ele é ou deveria ser o principal instrumento de controle social que delibera sobre os financiamentos da política de saúde e sua finalidade é exercer atividade de fiscalizar e propor ações em saúde no município.

Fonte: Sistematização da autora

Diante das respostas, os conselheiros entendem que o Conselho Municipal de Saúde é um espaço de Controle Social, e através do Conselho podem participar do

planejamento da política de saúde, acompanhar a execução do que foi planejado, fiscalizando as ações do gestor na prestação dos serviços de saúde à população.

Visando a analisar como se dá a comunicação entre conselheiros e entidade, para poder analisar a efetividade dessa representação, questionamos como ocorre a escolha do conselheiro. A maioria (72,72%) disse que foi indicada pela entidade.

Um dos conselheiros disse que foi escolhido por votação em uma reunião de sua entidade. Outro conselheiro disse que foi indicado para representar sua entidade através de indicação do presidente do Conselho, com o apoio dos conselheiros que representam os outros segmentos, além dos usuários. E um outro disse que foi convidado pelo presidente para participar do Conselho, e os demais, todos foram indicados pelas suas entidades.

A questão direcionada ao tempo que esses conselheiros estão no Conselho, será demonstrada no quadro a seguir.

QUADRO 7: Tempo que os conselheiros estão no Conselho

USUÁRIOS	RESPOSTAS
Usuário 1	15 anos
Usuário 2	2 anos
Usuário 3	10 anos
Usuário 4	3 anos
Usuário 5	3 meses
Usuário 6	3 anos
Usuário 7	5 meses
Usuário 8	14 anos
Usuário 9	3 anos
Usuário 10	2 anos
Usuário 11	6 anos

Fonte: Sistematização da autora

Como podemos verificar no QUADRO 7, o tempo de participação no CMSPel varia entre os representantes dos conselheiros. Há conselheiros que estão há três meses e outros há 15 anos, evidenciando heterogeneidade. Cabe destacar que três estão há mais de 10 anos no CMSPel.

A Resolução 33/92 do Conselho Nacional de Saúde sugere que o mandato dos conselheiros seja de dois anos, podendo ser reconduzidos a critério das respectivas representações (CNS,1992). Conforme o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, em seu Parágrafo 4º, é dito o seguinte: "De acordo com a legislação em vigor, as entidades, instituições e órgãos governamentais, deverão preencher ficha cadastral e renová-la a cada dois anos"

(CMSPEL, 2006). Conforme o Regimento Interno, se as entidades dos segmentos dos usuários estão renovando as fichas cadastrais, isso significa que os conselheiros têm sido reconduzidos aos mandatos, pois, no Regimento Interno, não consta que o conselheiro tenha mandato de dois anos, portanto estão legalmente representando as entidades, mesmo que por anos.

3.2.2. Comunicação/articulação entre Representantes e Representados

Uma das questões centrais para qualificar a representação dos usuários refere-se à articulação e à comunicação com os representados. Assim, procuramos conhecer como ela ocorre.

A maioria dos conselheiros foi unânime em afirmar que a comunicação ocorre através de reuniões com suas entidades, apenas um conselheiro disse que não teve ainda oportunidade de se reunir com a entidade, porque está no Conselho há pouco tempo e, com isso, inteirando-se dos assuntos, mas que acredita que essa comunicação/articulação deva existir. Para percebermos melhor a exposição dos questionados, utilizaremos um quadro contendo a resposta de cada um.

QUADRO 8: Comunicação/articulação entre conselheiros com sua entidade (continua)

USUÁRIOS	RESPOSTAS
Usuário 1	Os contatos são na maioria a níveis pessoais com os membros da entidade que as compõem, pois a princípio a entidade se reúne duas vezes no ano.
Usuário 2	A comunicação existe através dos grupos, fóruns e reuniões e encontros presenciais.
Usuário 3	Temos reuniões periódicas e conversamos pelo menos uma vez por semana.
Usuário 4	Nos comunicamos através de reuniões.
Usuário 5	Muito boa.
Usuário 6	Ocorre através de assembléias ou reuniões.

QUADRO 8: Comunicação/articulação entre conselheiros com sua entidade (conclusão)

USUÁRIOS	RESPOSTAS
Usuário 7	Ainda não houve articulação. Sinto que essa parte não esta como deveria ser. Espero que os demais conselheiros tenham essa comunicação e articulação.
Usuário 8	Através de reuniões
Usuário 9	Mensalmente comunico a regional de todos os trabalhos do posto incluindo as informações do conselho
Usuário 10	Através de reuniões semanais.
Usuário 11	Reuniões mensais.

Fonte: Sistematização da autora

Pelas respostas, percebe-se que os conselheiros se reúnem com suas entidades. Mas isso não significa uma articulação com o Conselho, nem mesmo que eles levem o que está sendo deliberado no Conselho para dialogar com sua entidade, pois, nas atas analisadas, não se viu nenhuma demanda das entidades as quais eles representam, com a ressalva do conselheiro (U5) que, em uma das cinquenta e duas atas analisadas, trouxeram problemas referentes aos seus representados.

Portanto, fica evidente que a representatividade dos conselheiros junto às entidades está fragilizada, porque os mesmos não estão levando o que é deliberado no Conselho, nem mesmo trazendo as demandas de suas entidades para serem discutidas no Conselho, apenas pontos pessoais e individuais. Portanto, o coletivo não está sendo trabalhado.

Ainda que os conselheiros tenham respondido que se comunicam com suas entidades através de reuniões semanais, mensais, que articulam diálogos pessoais, a análise das atas de 2009 não demonstrou essa comunicação. Por exemplo, para a realização da 9ª Conferência Municipal de Saúde, os conselheiros deveriam fazer as pré-conferências com suas entidades, e muitas foram as declarações, dizendo que seria muito difícil reunir-se com a entidade. E, nas falas das reuniões que foram observadas em 2011, surgiu novamente o assunto, e foi dito em uma reunião que os conselheiros deveriam rever bem qual a entidade que representam, ou se estão se representando a si próprios no Conselho, devido ao fato de que, nas pré-

conferências de 2009, poucos foram os conselheiros que conseguiram reunir suas entidades.

Quando questionados sobre como avaliam sua participação no Conselho, as respostas foram as mais variadas, mas nenhuma relacionada a estarem realmente a exercer o Controle Social como exercício da cidadania.

QUADRO 9: Como o conselheiro avalia sua participação no CMSPEl

USUÁRIO	RESPOSTAS
Usuário 1	Avalio como importante pelo conhecimento e a formação que adquiri ao longo dos anos, estando num nível de capacitação e conhecimento de causa que posso debater com autoridades da gestão local para reivindicar os interesses dos usuários do sistema local e regional.
Usuário 2	Nas comissões direcionada a fiscalização e construção e avaliação de políticas públicas e serviços da rede.
Usuário 3	Modesta, pois tenho outras atividades e ocupações.
Usuário 4	Muito proveitosa
Usuário 5	Ótima
Usuário 6	Procuramos nunca faltar às assembleias e atender as reuniões, as votações e as conferências.
Usuário 7	Procuramos nunca faltar às assembleias e atender as reuniões, as votações e as conferências.
Usuário 8	Ótima
Usuário 9	Procuramos nunca faltar às assembleias e atender as reuniões, as votações e as conferências.
Usuário 10	Como um analista com finalidade de ajudar.
Usuário 11	Ativa

Fonte: Sistematização da autora

Como observamos, as respostas são variadas, não se percebendo a importância que os conselheiros têm em estar exercendo o Controle Social. Com todas as variáveis de respostas, dois conselheiros se mostram preocupados em representar não somente seu segmento, mas também os interesses da comunidade num todo. E um conselheiro reconhece que sua participação ainda não está engajada nem no Conselho, nem na sua entidade.

A questão seguinte pode parecer que já foi respondida, mas é importante constatar as contradições nas respostas e, até mesmo, fazer um comparativo entre elas.

Pelas respostas ao item anterior, mesmo que variadas, os conselheiros têm participação frequente no Conselho. Sendo assim, espera-se que o encontro com suas entidades também tenha essa frequência. Observaremos isso no quadro a seguir.

QUADRO 10: A frequência que o conselheiro se reúne com sua entidade (continua)

USUÁRIO	RESPOSTA
Usuário 1	Especificamente com os integrantes da entidade raras vezes. Costumo me encontrar com parte destes e outros segmentos de usuários seguidamente, em média mais de uma vez por semana.
Usuário 2	Como trata-se de uma rede nacional articulada através de fóruns e grupos as reuniões podem e por vezes são diárias dependendo das demandas a serem encaminhadas e que necessitem resolutividade.
Usuário 3	Levo notícias as reuniões mensais sobre os assuntos tratados durante as plenárias do CMSPel, eventualmente falo a respeito de assuntos ventilados, na conversa semanal.
Usuário 4	Esporadicamente
Usuário 5	Reuniões quinzenais
Usuário 6	Semestralmente ou quando há alguma solicitação
Usuário 7	O ideal seria para cada reunião do conselho, uma reunião preparatória com a base, mas não ocorreu, ainda.
Usuário 8	Uma vez por mês
Usuário 9	Uma vez por mês

QUADRO 10: A frequência que o conselheiro se reúne com sua entidade (conclusão)

USUÁRIOS	RESPOSTAS
Usuário 10	Semanalmente
Usuário 11	Reuniões mensais

Fonte: Sistematização da autora

Como podemos observar pelas respostas à questão que se referia como é feita a comunicação/articulação com a entidade, alguns conselheiros responderam a mesma coisa, mas outros que haviam dito que eram em reuniões, na questão acima dizem que se reúnem com a entidade esporadicamente. Outro disse que se reunia com a entidade em assembleias ou reuniões, nesta questão fala que as reuniões são semestrais ou quando há alguma solicitação. Um conselheiro diz que com os integrantes de sua entidade se reúne raramente, mas que se encontra com parte deste ou de outro segmento de usuários seguidamente. Em apenas uma das respostas, percebe-se que o conselheiro, pelo menos, “leva noticiais” sobre os assuntos tratados no Conselho.

Podemos identificar, de fato, pelas respostas que não existe uma articulação entre conselheiro → entidade → Conselho. Mesmo que haja frequência de encontros, isso não significa que são articulados os assuntos, nem mesmo as demandas das entidades trazidas ao Conselho. Fica, assim, um questionamento: Se os conselheiros analisados são representantes do segmento dos usuários, esses usuários usufruem dos serviços do SUS? O serviço de saúde em Pelotas, como foi percebido nas análises das atas e nas observações das reuniões, estão fragmentados, com vários problemas de atendimentos, será que, em nenhum momento nas reuniões com a entidade, foram feitos esses questionamentos, ou a entidade e seus integrantes estão satisfeitos com o serviço prestado pelo município?

Diante de tal fato, cabe observar as respostas dos conselheiros demonstradas no quadro a seguir.

QUADRO11: Como são apresentadas, no Conselho, as reivindicações dos segmentos dos usuários.

USUÁRIOS	RESPOSTAS
Usuário 1	Apresento as reivindicações do segmento, através de pontos de pauta e me expressando a favor ou me contrapondo as propostas apresentadas pelo gestor municipal e por vezes de outras esferas governamentais, defender o segmento e pleitear suas reivindicações é uma rotina para mim.
Usuário2	Através da comissão ou diretamente em informes nas plenárias.
Usuário 3	Difícilmente costumo falar nas plenárias. Já meu suplente se posicionou diversas vezes a respeito dos assuntos abordados
Usuário 4	Não
Usuário 5	Sim, expondo as reivindicações no conselho.
Usuário 6	Não apresentei nenhuma reivindicação, apenas voto nas que acho de interesses legais.
Usuário 7	Ainda não
Usuário 8	Por escrito
Usuário 9	Não
Usuário10	Sim, através de denúncias e sugestões apresentadas no plenário.
Usuário 11	Não respondeu a questão

Fonte: Sistematização da autora

Dos onze conselheiros que responderam aos questionários, seis disseram que apresentam as reivindicações de seus segmentos, mas é interessante observar que esses mesmos conselheiros, em questões anteriores, dizem reunir-se com as entidades, porém não debatem assuntos do Conselho nas reuniões e, nas atas analisadas, não apareceu nenhuma reivindicação das entidades representadas por esses conselheiros. Quatro conselheiros nunca apresentaram reivindicações de seus segmentos nas plenárias. Voltando ao questionamento: Será que o segmento que representa está satisfeito com o atendimento da saúde no município?

Pode-se concluir, também, que muitos dos conselheiros estão a representar entidades, por ter tendência a se envolver com questões públicas, ou por ter um perfil individual que se interessam por política, ou ainda, por ser funcionário público vinculados a sindicatos que têm assento no Conselho, e, por fim, alguns estão no

“papel” de conselheiros devido a serem indicados pelas entidades que não querem perder assentos no Conselho.

Outra questão relevante foi saber dos conselheiros que fatores levam em consideração para aprovar/rejeitar propostas que são apresentadas nas plenárias.

QUADRO 12: Fatores que são levados em conta para aprovar/rejeitar propostas

USUÁRIOS	RESPOSTAS
Usuário 1	Os princípios do SUS e da justiça social, onde deve haver a defesa dos menos favorecidos economicamente, sem prejudicar a ordem legal e o direito de todos.
Usuário2	Se estão de acordo com o proposto inicial, se estão de acordo com os princípios do SUS, se não estiver apropriada do assunto em questão levo em consideração a que os profissionais da área estão a dizer se estão descontentes e porque.
Usuário 3	Os fatores éticos, social e moral de tais propostas, sua praticidade e acessibilidade aos usuários.
Usuário 4	De acordo com meu entendimento e seja melhor para os usuários
Usuário 5	De acordo com o estatuto
Usuário 6	As propostas que sejam em real benefício aos usuários e sejam legais.
Usuário 7	São vários fatores. Até o fator econômico deve entrar também o social e não o fator político e religioso. Principalmente deve-se levar em conta a relevância e a pertinência da proposta. É preciso analisar se de fato é uma proposta que vai ao encontro da necessidade das pessoas e se atende ao coletivo, senão é um mero paliativo, ou solução para “grupinhos” mais articulados que os “outros”.
Usuário 8	Depende da proposta.
Usuário 9	O fator em que toda a comunidade seja beneficiada e não uma minoria. Sou justo e não bonzinho.
Usuário 10	Legalidade das propostas apresentadas.
Usuário 11	Não respondeu a questão.

Fonte: Sistematização da autora

Constata-se pelas respostas que a maioria dos conselheiros levam em consideração, para aprovarem as propostas apresentadas nas plenárias, aquelas que venham a favorecer os usuários e que estejam de acordo com os princípios do SUS. Pode-se considerar que mesmo os conselheiros que não têm conhecimento técnico das questões, e que não participaram de capacitações, reconhecem, nas propostas apresentadas, aquelas que favorecem os usuários, seguindo, assim, o que diz a Constituição: “Saúde é dever do Estado e direito de todos”.

Foi perguntado aos conselheiros se os mesmos passaram por uma capacitação para serem conselheiros de saúde. Dos onze conselheiros que responderam aos questionários, seis participaram de, pelo menos, um curso de capacitação, enquanto que cinco nunca participaram. Se os que participaram de curso têm dificuldades de entendimento sobre as funções do Conselho, para os que não passaram por capacitação, com certeza essas dificuldades aumentam, é o que iremos comprovar com a questão seguinte sobre as dificuldades encontradas pelos conselheiros.

3.2.3 As dificuldades encontradas para ser um conselheiro de saúde

As dificuldades encontradas para desempenharem a função de conselheiros foram principalmente a falta de conhecimento técnico para o exercício do Controle Social, entre outras questões, como demonstram as respostas.

QUADRO 13: Dificuldades encontradas par ser um conselheiro de saúde (continua)

USUÁRIOS	RESPOSTAS
Usuário 1	A falta de uma melhor infra-estrutura para os conselheiros desenvolverem suas atividades de uma forma conjunta e o desconhecimento da sociedade para saber reivindicar seus direitos de cidadania e em especial na saúde pública.
Usuário 2	A falta de informação e apropriação dos colegas e em alguns assuntos minha própria, sobre os assuntos que dizem respeito as novas diretrizes, normativas, etc..., isso é reflexo da falta de educação permanente dentro do CMSPel.

QUADRO 13: Dificuldades encontradas par ser um conselheiro de saúde (conclusão)

USUÁRIOS	RESPOSTAS
Usuário 3	Há questões que fogem a minha compreensão, em especial quando há uso de linguagem técnica.
Usuário 4	Parte técnica – algumas dificuldades de entendimento.
Usuário 5	Descaso da parte do gestor
Usuário 6	Não ter tempo para acompanhar as comissões, não compreender algumas questões técnicas.
Usuário 7	Ainda sou novato. A comunicação não é boa. Muito monótono. Cheios de ruídos e proximidade. As coisas se repetem. Algumas pessoas fazem força para ocupar os três minutos concedidos, até mais que isso. Muitas siglas não explicadas aos novatos. Atas já esquecidas no tempo e nas gavetas para serem aprovadas.
Usuário 8	É as propostas que não são atendidas pela Secretaria da Saúde e o Prefeito.
Usuário 9	Falta de respeito das autoridades constituídas para com o conselho, não existe um bom relacionamento entre os conselheiros, dividindo o conselho.
Usuário 10	Falta de informação, falta de tempo para melhor esclarecimento do que é apresentado.
Usuário 11	Baixa capacitação da maioria dos conselheiros.

Fonte: Sistematização da autora

Como observamos, os conselheiros têm dificuldades para entender as linguagens técnicas usadas nas plenárias, reconhecendo suas limitações para desempenhar suas funções dentro do Conselho. Sendo assim, a falta de capacitação aparece como uma das causas para melhor atuarem como conselheiros de saúde.

Também foi citado como entrave para o melhor desenvolvimento do Conselho o fato de o gestor e de a Secretaria de Saúde não respeitarem o Conselho, visto que não respondem às propostas que são deliberadas no mesmo. Um outro fato citado foi o desconhecimento, por parte da sociedade desse espaço de Controle Social e a falta de infra-estrutura do Conselho para desenvolver adequadamente suas ações de Controle Social.

Em estudos feitos para este trabalho, encontramos várias pesquisas sobre Conselhos Municipais, e as mesmas apontam o mesmo problema, a falta de capacitação dos conselheiros.

No próximo item, iremos analisar as entrevistas, que foi o outro instrumento utilizado para a análise dos dados de nossa pesquisa.

3.3 Análise das Entrevistas

Nosso trabalho visa a analisar a representatividade do segmento dos usuários no CMSPel, bem como saber quem representa os usuários no mesmo e, assim, conhecer como é feita a articulação/comunicação com esses usuários que se encontram na base do atendimento do Sistema Único de Saúde através das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Buscamos, através das entrevistas descobrir se os usuários das UBS, de fato, têm representação no Conselho. Para desenvolver as entrevistas, foi criado um roteiro com perguntas que irão nortear as mesmas.

Os conselheiros que responderam às entrevistas foram escolhidos porque, no nosso entendimento, são os que representam os usuários das UBS. E, para melhor visualizar as respostas, iremos expô-las através de quadros demonstrativos. Nesses quadros, aparecerão as questões formuladas e as respostas, que serão identificadas na sequência da numeração de usuários conforme os questionários e, ao fim de cada quadro, será feita a análise dessas repostas.

Os dados de identificação dos entrevistados, como idade, sexo e escolaridade, foram incluídos nos GRÁFICO 2, GRÁFICO 3 e GRÁFICO 4, como demonstrado anteriormente.

Acredita-se que, para ser um conselheiro de saúde, deve-se ter a compreensão de Controle Social, já que os Conselhos de Saúde são espaços para o Controle Social.

3.3.1 O Controle Social na visão dos conselheiros

Os Conselhos de Saúde são instâncias criadas para que a sociedade civil organizada possa controlar as ações do Estado e dos governos na Política de Saúde. Para tanto se faz necessário saber qual o entendimento que os conselheiros têm a respeito de Controle Social.

QUADRO 14: O que você entende por Controle Social?

USUÁRIO	RESPOSTAS
Usuário 12	O Controle Social quem o faz somos todos nós, a partir do momento que constatamos que alguma coisa não está funcionando como deveria, não estamos falando de interesses particulares e sim de Política de Saúde. Acho errônea a idéia que só o Conselho faz Controle Social, por exemplo, se lá na UBS há falta de medicação, e o usuário faz essa reclamação, ele está exercendo o controle social, porque ele sabe que existe recurso para isso e não está sendo bem distribuído, não adianta saber, e ficar quieto, aí não há controle social, no meu entendimento o Controle Social é uma coisa muito ampla e de competência de todos nós.
Usuário 13	Aí está expressada a cidadania, tem que participar e cobrar os direitos, porque as ações do governo devem ser públicas. O controle Social é cobrar as ações do governo nas políticas públicas, de saúde, educação, todas as políticas. Se temos direitos, também temos dever, e o dever do cidadão é participar, é nesta participação que acontece o controle social.
Usuário 14	Para mim, Controle Social é as pessoas, os usuários, terem conhecimento principalmente de seus direitos e reivindicarem esses direitos. Porque a gente percebe que as pessoas sabem mais ou menos (ou até nem sabem) seus direitos, mas não reivindicam, não pedem, não exigem, não cobram, e essa falta de cobrança é que faz com que o gestor não agilize as coisas.

Fone: Sistematização da autora

Os três conselheiros concordam em parte que o Controle Social é exercido por cada um de nós, quando cobramos as ações do Estado nas políticas públicas. O U13 nos coloca que essas ações devem ser cobradas, mas que o cidadão tem dever, e esse dever é participar, entende-se que, para esse usuário, o Controle Social está ligado ao coletivo, pois participar significa estar inserido em algo. Já, para o U12, não cabe somente ao Conselho exercer o Controle Social e, sim, a todo o cidadão.

Mas é preciso compreender que os Conselhos foram criados como instâncias de Controle Social, para que a sociedade civil organizada, por meio desse mecanismo estabelecido, possa cobrar as ações do Estado.

Portanto, o Controle Social deve ser exercido pela sociedade civil organizada, e não individualmente e, para estar inserido no Controle Social e exercer a cidadania, o usuário deve participar dos espaços de Controle Social, como os Conselhos e as Conferências.

Quando questionados como aconteceu a escolha para representarem o segmento no Conselho, dois foram indicados e o outro foi por votação.

Outro questionamento foi em relação há quanto tempo eles representam a entidade no conselho. Dois faz bastante tempo, U12 diz que representou essa

entidade por um ou dois anos, depois representou um distrital, quando mudou de residência. Neste distrital, também, foi indicado, mas agora está novamente representando essa entidade, pois teve de novamente mudar residência. Mesmo com essas mudanças entre as duas entidades o mesmo está no conselho desde 2000, ou seja, há 11 anos. O U13 está no Conselho desde 1998, e sempre representou a mesma entidade, ou seja, há 13 anos. Quanto ao U14, o mesmo informou que fez parte da CIMS como conselheiro. Depois, saiu do Conselho, e agora retornou, fazendo três anos que representa esse segmento. No item a seguir, iremos analisar as reuniões com as entidades e as demandas apresentadas no Conselho.

3.3.2 A reunião com as entidades e as demandas levadas ao Conselho

Quando a questão foi direcionada ao modo como os conselheiros se reúnem com as entidades para discutir os assuntos que são deliberados pelo Conselho, e como as demandas da entidade são apresentadas no Conselho, nas respostas apareceram dificuldades, que constataremos no quadro a seguir.

QUADRO 15: Como acontecem as reuniões com a entidade para discutir o que está sendo deliberado no conselho e como às demandas da entidade é apresentada no conselho (continua)

USUÁRIO	RESPOSTA
Usuário 12	A reunião acontece todos os meses, na qual se tenta discutir saúde, mas quem participa das reuniões são do setor administrativo, cargos de confiança, muito pouco usuário, e o que eles querem discutir dentro da entidade, são o que gera lucro para eles, a saúde está em segundo plano. Eu tinha tentado mobilizar a população para ver se a gente conseguia discutir saúde, mas está muito difícil. Nas reuniões da entidade, eu comento , falo, informa o que está acontecendo no conselho, mas não tenho retorno algum, e, portanto, se levo alguma demanda para o conselho, é porque vejo o que está se precisando, não que a entidade o faça.

QUADRO 15: Como acontecem as reuniões com a entidade para discutir o que está sendo deliberado no conselho e como às demandas da entidade é apresentada no conselho (conclusão)

USUÁRIO	RESPOSTA
Usuário 13	É difícil reunir as pessoas, e sendo assim, estou representando algo que não funciona, na verdade estou representando a mim mesmo. Antes havia grande mobilização no bairro, chegamos a reunir mais de 200 pessoas, hoje está muito difícil, um fracasso, consigo reunir meia dúzia de pessoas, estou me sentindo constrangido, vou lá nas reuniões e represento a mim mesmo, ou no máximo dez pessoas.
Usuário 14	Está muito difícil, a última reunião foi no ano passado, e poucos participaram, não chegaram a vinte pessoas, e como distrital, deveriam se reunir todos os postos. A última reunião marcada não apareceu ninguém. Como faço parte de uma associação, as pessoas nas reuniões da mesma é que me dizem o que está acontecendo nos postos, então levo ao conhecimento do conselho, mas fica reduzido, somente aqui, próximo da minha casa, a situação dos outros não sei.

Fonte: Sistematização da autora

Como podemos perceber, as dificuldades encontradas pelos conselheiros são as mesmas, como reunir suas entidades, trocar informações, pois não são levadas ao Conselho as demandas, apenas eventualmente, como coloca o U14, nem o que está sendo deliberado. Isso porque não há reunião ou, quando essas acontecem, a prioridade não é discutir saúde. Nas respostas, os usuários colocaram que houve um esvaziamento nas reuniões, e eles acreditam que esse fato ocorreu porque as pessoas reivindicam e não são atendidas pelo gestor. “Quando o Conselho começou a funcionar, se reivindicava, e as demandas eram respondidas, agora o descaso é total” (USUÁRIOS 13 e 14). “O gestor não dá respaldo nem mesmo as questões deliberadas no Conselho, quanto mais nas entidades, ou nas UBS, se cobra e nada é feito” (USUÁRIO 13).

Dando continuidade às questões, perguntamos as dificuldades que eles encontram em ser conselheiros de saúde. As respostas vêm ao encontro do não cumprimento das ações por parte do gestor.

QUADRO 16: Dificuldades encontradas para ser conselheiro de saúde

USUÁRIO	RESPOSTAS
Usuário 12	Eu acho que o maior problema que nós conselheiros encontramos é a falta de respaldo do município, do estado e da união. Quando tu faz um trabalho de conselheiro, tu levanta o problema, a demanda, tu vê e encaminha e nada acontece. Acho que o papel do conselheiro está fragilizado a partir do momento que não tem resposta do gestor, do judiciário, da promotoria que também não dão respaldo necessário para que o conselho tenha o poder que ele tem, de se deliberativo, ele tem o poder supremo, mas onde fica isso?
Usuário 13	A gente participa e não tem retorno, deliberamos coisas e não há cumprimento por parte do gestor. Nós deliberamos para o prefeito homologar e ele nem nos houve. As pessoas reivindicam, pedem e o gestor faz quando bem entende ou não faz. Outra dificuldade que vejo, é que as coisas deliberadas no conselho não tem visibilidade, as pessoas não ficam sabendo o que acontece, e isso é necessário. Outra dificuldade que vejo, é que nós conselheiros estamos pouco capacitados, tem assuntos que são falados que as pessoas não sabem de que se trata. E quem perde com isso é usuário.
Usuário 14	A falta de resposta do gestor nas questões deliberadas no conselho. Os posto de saúde estão uma vergonha, não cumprem horário, não tem médicos, esses assuntos passam no conselho, é deliberada ações para serem cumpridas e nada é feito.

Fonte: Sistematização da autora

A unanimidade das respostas é que o gestor não cumpre o que é deliberado no Conselho, que nem mesmo a promotoria está dando respaldo, pois não tem feito valer a lei. Entende-se, através das falas dos conselheiros, que o Conselho está meramente existindo como instância para que as verbas sejam repassadas para o Fundo Municipal de Saúde, como prevê a Lei 8142/90, e não está sendo respeitado como órgão deliberativo nas ações que se referem ao financiamento, planejamento e execução da Política de Saúde no município.

Os conselheiros, quando questionados sobre se suas atuações são ativas dentro do conselho, todos reconhecem que são bem atuantes, o usuário 12 disse: “vou ser franco, me represento a mim mesmo, porque lamentavelmente a base não responde, quando estava no distrital era bem melhor, agora nesta entidade não se consegue trazer a realidade para as reuniões” (USUÁRIO 12). “Me julgo atuante, as

vezes eu atropelo, por que não vejo resposta. A grande coisa que eu vejo no Conselho como negativo é a falta de visibilidade das coisas que acontecem lá, mas eu tenho lutado” (USUÁRIO 13). “Procuro me fazer presente sempre, e quando posso reivindico o que me pedem” (USUÁRIO 14). Percebe-se que os conselheiros têm dificuldades de movimentar as bases, de formar Conselhos Gestores Locais. Isso representa a falta de comunicação/articulação com a própria entidade.

É preciso fortalecer as bases, só assim a representatividade no Conselho terá respaldo, pois um conselheiro bem articulado com seus representados pode, sim, pressionar e fazer valer os direitos reivindicados.

Nas análises feitas através dos questionários e das entrevistas, percebeu-se que os conselheiros estão representando suas entidades há mais de três anos, existindo conselheiros com mais de 14 anos na mesma entidade e apenas dois conselheiros com menos de um ano. Nas entrevistas, foi levantada a questão se esse tempo de permanência representando a mesma entidade é porque existe dificuldade para que haja uma rotatividade na representação da entidade.

QUADRO 17: Quais as dificuldades para que exista rotatividade nas representações dos segmentos dentro do CMSPel?

USUÁRIO	REPOSTAS
Usuário 12	Eu entendo a coisa diferente, eu acho que o conselheiro não tem mandato porque a minha entidade é que vai dizer quanto tempo vai durar, eu não vejo essa imposição que dizem legal de dizer que tu só pode ser conselheiro por dois anos, não, tu pode ser conselheiro permanente, se assim tua entidade permitir. Eu vejo que se faça uma consulta a entidade, se vai continuar o mesmo conselheiro, até aí, tudo bem, agora dizer que meu mandato é de dois anos eu não vejo quem tenha poder para isso. A lei diz: ninguém pode destituir um conselheiro, a não ser a entidade que o indica. Eu vejo que há uma forma de pressão até de pressionar a entidade a trocar o conselheiro. Isso não é legal.
Usuário 13	É difícil, porque a gente chama a reuniões e ninguém vem, no início se comprometem, mas depois não comparecem, e assim é no conselho, se chama para as reuniões das comissões e nunca se tem córum, eles estão lá e não comparecem, sabem e não vão. Então esse é o problema e dá um desgaste enorme.
Usuário 14	É difícil, as pessoas não comparecem as reuniões, eu já tive uma vice, na primeira eleição nós elegemos uma vice, e ela sumiu, me deixou sozinha, me deixou na mão, é muito complicado.

Fonte: Sistematização da autora

Há uma divergência nas respostas, o usuário 12 entende que o mandato dos conselheiros não deve ter rotatividade, a entidade é que deve prever o tempo para esse conselheiro no Conselho. Pela resposta, este conselheiro se baseia no que diz o Regimento Interno do Conselho Municipal, a entidade que renovar as fichas cadastrais anualmente, conseqüentemente, sem restrições à representatividade. Assim, o conselheiro será renomeado a outro mandato. Quanto aos usuários 13 e 14, consideram que a rotatividade não existe, porque as pessoas não se interessam em participar desse espaço de Controle Social.

Portanto, pode-se considerar, para análise, dois entendimentos: o primeiro que, considera que para a entidade, o conselheiro está a representar bem a mesma e não o troca, ou, como não há comunicação/articulação, este permanece somente para a mesma não perder seu assento no conselho. De acordo com o segundo, entendemos que realmente há falta de comunicação/articulação entre representantes e representados. Talvez por esses representantes não se articularem com as entidades, os usuários das mesmas não sabem que esses espaços existem, pois, em repostas anteriores, os próprios conselheiros disseram estar representando a si próprios no Conselho, com uma pequena ressalva do U14 que, através de outros canais, tenta uma articulação, e, mesmo assim, quando chama para reuniões, não aparece ninguém. O próximo item irá abordar a percepção dos conselheiros quanto ao não cumprimento, por parte do gestor, dos assuntos deliberados pelo Conselho.

3.3.3 A não resposta do gestor aos assuntos deliberados no Conselho

Como foi analisado nas atas, percebido nas observações das reuniões e nas falas dos conselheiros, o gestor não está respondendo aos assuntos importantes deliberados pelo conselho. Perguntamos aos conselheiros como eles percebem essa falta por parte do gestor.

QUADRO 18: A falta de resposta do gestor aos assuntos do Conselho

USUÁRIO	RESPOSTAS
Usuário 12	O Conselho é deliberativo e propositivo, ele delibera com resoluções ou por deliberação. A deliberação ocorre no Conselho e o gestor toma conhecimento, isso acontece formalmente e é encaminhado ao prefeito a resolução do conselho para que seja cumprida. O Conselho delibera, mas não cria uma resolução. O que diz a legislação: o Conselho é deliberativo cria a resolução encaminha ao gestor, este tem um prazo para responder e acata ou não que nem a câmara de vereadores se homologa ou não. Homologou, tem 30 dias, prepara, passa para o Conselho, que passa a plenária e o delibera de novo. Se a plenária deliberar é o que tem que ser cumprido. Mas o gestor é mal intencionado, aproveita todas as facetas que ele tem na mão. O secretário anterior era craque nisso. Reconheço que para isso ele tem uma capacidade imensa, mas seu perfil é bastante preocupante para tratar os assuntos da saúde. Esperamos que essa nova gestora haja diferente.
Usuário 13	Nós cobramos e não acontece as respostas. Estamos fazendo as reuniões, não fazendo o controle social, as pessoas vão lá, eu agrido as pessoas com palavras, porque sou muito explosivo, e não tem resposta, não acontece nada. Acontece da mesma maneira que eles pensam, nunca é como o controle social ou o que o pessoal está querendo. Pulam e passam por cima do conselho a todo instante.. Não há comprometimento, não há uma cobrança efetiva, a gente entrega as coisas para o promotor e não tem resposta. Então é essas coisas, a gente delibera, se passa, e não há o cumprimento. Isso não é só aqui, é nacional, veja agora, quem foi eleito para presidente do CNS, o Ministro, uma coisa que a gente repudia, é um retrocesso de todas as conquistas. Para que ter conselho, se eles vão e fazem da mesma maneira?
Usuário 14	Desinteresse, eles não dão resposta as reivindicações do conselho, as pessoas desistem, vão lá e nada é feito, não tem resposta do gestor.

Fonte: Sistematização da autora

Pelas respostas, podemos entender que o gestor se baseia, talvez, na falta de conhecimento por parte da maioria dos conselheiros sobre o conhecimento do orçamento público e sobre as próprias atribuições do Conselho. Por isso faz-se necessário que os conselheiros sejam mais capacitados e que, de posse de conhecimentos, possam acionar a lei para que sejam cumpridas as resoluções do Conselho. No nosso entender, acreditamos que, para ser cumprida a lei torna-se

indispensável maior mobilização da sociedade civil organizada, pois, somente com uma união e cobrança coletiva, “as coisas” irão acontecer.

Encerrando as entrevistas, foi perguntado aos conselheiros o que representa o Conselho de Saúde para eles, as respostas estão expostas no quadro a seguir.

QUADRO 19: O que representa o Conselho de Saúde?

USUÁRIO	RESPOSTAS
Usuário 12	No início achei que seria uma coisa muito boa, que iria resolver todos os problemas, hoje vejo como um ponto de desacordo, de discussões de problemas pessoais. Nós estamos hoje numa fase de discordância entre grupos de conselheiro muito grande. Enquanto isso, o conselho deveria ser um ponto sim de discussões dos problemas, não pessoais, e esta sendo discussão de cada um, cada um tem seu interesse. O usuário tem interesse de ver atendida suas demandas, o trabalhador tem interesse de ganhar bem, ser respeitado, nós temos o gestor e o prestador querendo ter recurso para fazer o que precisa fazer. O gestor também deveria ter interesse que o SUS funcionasse a todo vapor, e nós não temos isso. Cada um tenta puxar a brasa para seu lado. Nesta estória quem sofre é o necessitado, o usuário que não tem poder de barganha. Também o trabalhador que não tem muita força para cobrar do patrão prestador ou gestor. Porque não acreditam que nos conselho gestores das UBS eles teriam essa força. Se organizar um conselho forte nas UBS, o conselho vai cobrar do gestor, não vai precisar o trabalhador ser humilhado, com medo de cobrar e ir para a rua ou remanejado, eles deveriam também ter interesse de formar esses conselhos. Nisso tudo há uma briga política.
Usuário 13	Agora, eu estou cansado, mas eu acho que é uma luta, que as pessoas tinham que perceber isso, eu percebi no início uma coisa meio idealista mas...eu já fui preso, houve uma época que eu fui meio “bozinho de presépio”, mas isso passou Mas acredito que as pessoas tem participar, tem que fazer escolhas, tem que brigar muitas vezes, mas não desistir, mas te digo, estou cansado, porque não vejo interesse das pessoas. E as pessoas que estão na gestão não respondem as demandas, são maus gestores.
Usuário 14	Uma luta de participação, não podemos desistir de lutar por uma saúde melhor.

Fonte: Sistematização da autora

Mesmo com todas as dificuldades encontradas por esses conselheiros, eles acreditam na participação das pessoas nesses espaços, para estarem cobrando seus direitos. Concordamos plenamente com o usuário 12, quando este diz que é

através dos Conselhos Gestores Locais que as coisas vão fluir, pois é ali na base que poderá se fazer, de fato, a mobilização, para que o cidadão exerça sua cidadania. No nosso entendimento, para que esse espaço de Controle Social não fique confinado apenas como espaço institucionalizado, é necessária uma mudança de atitude, principalmente, por parte dos conselheiros representantes dos usuários, que eles encontrem estratégias de estimularem seus representados a conhecer mais sobre a saúde, relacionando-a com os direitos e o exercício da cidadania. Cabe ressaltar, também, a necessidade de cursos de capacitação, não só para os conselheiros, mas também para todos os interessados, a fim de que a capacitação se torne um canal para que os usuários possam exercer o Controle Social. Vemos, como mais importante para tudo isso se efetivar, é organizar os Conselhos Gestores nas UBS e fortalecer os movimentos sociais, pois entendemos que é a partir de uma base bem organizada coletivamente que podemos exigir e fazer que se cumpram os direitos.

4. Considerações Finais

Este capítulo procurou mostrar a representatividade do segmento dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Pelotas. Analisamos se os objetivos da pesquisa foram atingidos com as respostas.

Quanto ao objetivo de conhecer como ocorre a participação dos conselheiros representantes dos usuários no Conselho, concluímos que os representantes dos usuários têm presença ativa no Conselho, mas essa presença não significa participação, porque nas 52 atas analisadas a maioria desses representantes não se manifestaram, ou seja, estavam presentes, mas não participavam das discussões. Por outro lado, temos quatro conselheiros, que são ativos, fazem discussões, levantam questionamentos, mas também em nenhuma ata analisada levaram demandas de suas entidades. Inferimos, com isso, que a maioria das pautas das plenárias são projetos e recursos para financiamento de ações ligadas ao gestor ou aos prestadores.

Quanto ao objetivo que procurou identificar os representantes dos usuários nas UBS, concluímos que os representantes dos usuários representam entidades,

como associações, sindicatos e conselhos, nenhum, em especial, representa o usuário das UBS. Isso se deve ao fato que, não existem Conselhos Gestores nas UBS e os que existem não são atuante, o que foi citado pelos conselheiros como uma das dificuldades para que exista maior participação e mobilização da comunidade no Conselho.

Procuramos, também neste capítulo, conhecer e analisar como ocorre a comunicação/articulação entre representantes e representados. Concluímos que existem as reuniões nas entidades, mas os assuntos do Conselho, na sua maioria, não fazem parte das pautas, e a articulação do conselheiro com os membros das entidades é fragilizada. Os próprios conselheiros consideram difícil a tarefa de reunir a entidade para falar dos assuntos do Conselho, os que o fazem, apenas comunicam o que está acontecendo no Conselho, e não são trazidas demandas das mesmas para pautas do Conselho.

Percebeu-se, assim, que, no Conselho de Saúde do Município de Pelotas, é visível a prática da democracia representativa. Esse fato, na verdade, não vem ao encontro do que foi almejado pela Constituição de 1988, pois, na mesma, a democracia seria representativa e participativa, ou seja, os segmentos indicam representantes, mas os usuários desses segmentos e a sociedade civil como um todo devem estar inseridos no contexto das discussões, para acontecer o Controle Social nas ações do Estado, e os cidadãos exercerem sua cidadania. Portanto, alcançar a democracia participativa ainda é um desafio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Conselhos Municipais de Saúde foram criados como mecanismos e espaços de participação da sociedade civil organizada, para controlar as ações do governo no que tange aos recursos e financiamentos na área de saúde e, entre seus objetivos estão os de avaliar, fiscalizar, acompanhar e deliberar sobre a Política de Saúde implementada no município. Segundo Moreira e Escorel (2008) os 5563 Conselhos Municipais de Saúde existentes no país tem barreiras a serem enfrentadas para atingirem seus objetivos.

O Conselho Municipal de Saúde de Pelotas não é diferente, pois enfrenta inúmeras dificuldades, como foi verificado através da pesquisa empírica realizada. Podemos, assim, citar algumas das dificuldades apresentadas pelos próprios conselheiros tais como: a falta de capacitação, desarticulação com as bases, dificuldades de mobilização das entidades representadas, (que pode vir a ser um reflexo da desmobilização da sociedade), a falta de visibilidade das ações do Conselho e o descumprimento, por parte do gestor, das deliberações do Conselho.

Portanto, para verificar esses entraves, buscamos primeiramente conhecer como ocorre a participação dos conselheiros representantes dos usuários no Conselho. A pesquisa mostrou que existe uma presença significativa desses conselheiros nas plenárias, mas presença não significa participação, e é uma minoria que faz discussões sobre propostas apresentadas nas plenárias.

Buscamos, também, conhecer e analisar se há uma comunicação/articulação entre conselheiros e usuários (entidades) sobre as questões discutidas e deliberadas no Conselho. Os dados apontaram que a comunicação pode até existir nas reuniões das entidades. Mas uma articulação com o Conselho não existe, pois, conforme exposto pelos conselheiros, há uma dificuldade de reunir as entidades e, quando existe reunião, os assuntos de saúde não entram na pauta. Alguns conseguem somente informar sobre o que está sendo discutido nas plenárias, e não são apresentadas, no Conselho, demandas dessas entidades, somente são pautados assuntos pessoais ou individuais.

Outro objetivo da pesquisa foi identificar quem são os representantes dos usuários das UBS no Conselho. As análises apontaram que esses usuários não têm representação no Conselho. Chegamos a essa conclusão, devido ao fato de que das 51 UBS do município na maioria não existe um Conselho Gestor Local formado e,

nas que existem esses não estão atuantes. Isso significa uma das impossibilidades para mobilizar a população dos bairros onde se encontram essas UBS, bem como eleger um representante para o Conselho. E, assim, poder fazer a comunicação/articulação com as UBS.

Conforme os entrevistados, a dificuldade de reunir as pessoas e discutir sobre os assuntos do Conselho, deve-se ao fato de não haver por parte do gestor, respostas e nem soluções para os problemas apresentados. As pessoas reivindicam e nada é feito. Então, são apresentadas propostas, deliberadas e não homologadas pelo gestor, demonstrando a total falta de respeito com esse órgão legalmente constituído.

Sabemos que os Conselhos são espaços contraditórios, pelos segmentos nele representados. Além disso, existe uma correlação de forças, e ganha quem tem maior poder de “barganha” e, nesse contexto, insere-se o Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, pois não está conseguindo exercer, de fato, seu poder deliberativo. Seu atual funcionamento está sendo meramente consultivo, porque está sendo consultado sobre as questões e projetos de saúde do município, e, quando delibera as mesmas, estas não estão sendo homologadas pelo gestor, e este vem executando as decisões conforme seus interesses.

A pesquisa também apontou que os representantes dos usuários estão seguindo o formato da democracia representativa. Nessa forma de democracia são eleitos (indicados) os representantes, mas não significa que os mesmos irão dar resposta ao que esperam seus representados.

Apesar de todos os limites e dificuldades porque passam os Conselhos, podemos dizer que os mesmo ainda são os canais para a mobilização do povo, pois através desse espaço, a sociedade civil organizada pode estar controlando as ações do Estado. Mesmo com todas as suas fragilidades, os Conselhos continuam sendo mecanismos de participação e de luta para manter o sistema de saúde universal e igualitário, contrapondo-se as propostas do capital que é de privatizar a saúde.

Para que esse mecanismo seja fortalecido, é necessário unir forças, mobilizar principalmente, os usuários das UBS, os quais vêm sofrendo com atendimento ineficaz da saúde. Portanto, faz-se necessário rever estratégias para transformar essa realidade, um desafio que deve ser enfrentado pela categoria dos Assistentes Sociais inseridos nos trabalhos das UBS. Em Pelotas, existem 51 Unidades Básicas

de Saúde e, em sua maioria, têm atuação do Assistente Social, e nas mesmas não existem conselhos gestores atuantes.

Lembrando o Projeto Ético Político da Profissão que diz, temos de firmar relações com as demandas dos usuários, a partir do trabalho pautado no compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, devemos democratizar direitos como caminho que leve à democracia. Conclui-se, por conseguinte, que o Assistente Social seja propositor, para que se efetive o Controle Social na área da saúde através dos Conselhos, que proponha mudanças nos setores em que atue, seja interventor, e não mero executor, que as ações profissionais se efetivem no seu dia-a-dia de trabalho, e a saúde seja de fato, “dever do Estado e direito do cidadão”.

Mesmo neste tempo em que as pessoas vivem o individualismo, pois assim o quer o sistema, uma vez que o trabalho coletivo provoca mudanças, transformações, lutas por direitos, e isso incomoda aos interesses do capital, precisamos juntar forças, unir profissionais, usuários, conselheiros e fazer uma nova história, provando que somos capazes de transformar o que está posto, e ter uma sociedade mais justa e, principalmente, que a saúde permaneça universal, igualitária e gratuita.

Com isso, esperamos que este trabalho contribua para o fortalecimento desse Conselho enquanto espaço democrático para o exercício da cidadania e efetivação do direito universal à saúde.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta. **A Política da Política de Saúde no Brasil.** *In: Saúde e Democracia História e Perspectivas do SUS.* LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Sílvia [et al] (orgs) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,2005.

AROUCA, Sérgio. **Reforma Sanitária, 1988.** Disponível em <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitaristaOS.html>. Acesso em 13/08/2010 às 00h40min.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** 2 ed São Paulo. Cortez, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em outubro de 1988. FILHO, Nylson Paim de Abreu (orgs) 12ed Porto Alegre. Verbo Jurídico, 2007.

BRASIL. **Lei nº. 8142 de 28 de novembro de 1990.** Disponível em www.conselho.saude.gov.br/legislação/...lei-8142-90 Acesso em 22/09/2010 às 23h50min.

BRASIL. **Lei nº. 9637 de 15 de maio de 1998.** Dispõem sobre a qualificação de entidades como Organizações Sócias – Programa Nacional de Publicização. Disponível em www.jusbrasil.com.br/legislação/anotada/.../lei-9637-98 Acesso em 02/11/2010 às 1h22min.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de Saúde no Brasil.** *In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.* Motta, Ana Elizabete... [et al] (orgs). São Paulo. Ed Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro. **A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal.** *In: Política Social e Democracia.*

BRAVO, Maria Inês de S. PEREIRA, Potyara Amazoneida. 3ed São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **A Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismo de controle.** Brasília, Ministério da Reforma Administrativa e Reforma do Estado. Cadernos MARE da Reforma do Estado, n.1, 1997. Disponível em http://www.preac.unicamp.br/arquivo/materiais/bresser_reforma_do_estado.pdf
Acesso em 02/11/2010 à 1h30min.

COHN, Amélia. **O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde: descentralização ou desconcentração?** In: *Revista São Paulo em Perspectiva*, 1 (3): 55-58, out./dez. 1987. Disponível em www.cedec.org.br/files_pdf/Osistemaunificadoedescentralizadodesaude.pdf Acesso em 21/09/2010 às 21h50min.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS. **Regimento Interno.** Pelotas, 2006. Disponível em www.pelotas.gov.br/cmspel/ Acesso em 01/02/2011 às 2h30min

_____. **Lei Municipal nº. 3377.** Pelotas, 1991. Disponível em www.pelotas.gov.br/cmspel/legislacao.htm. Acesso às 2h30min.

_____. **Lei Municipal nº. 4554.** Pelotas, 2000. Disponível em www.pelotas.gov.br/cmspel/ Acesso em 01/02/2011.

_____. **Relatório das Conferências Municipais de Saúde.** Disponível em www.pelotas.br/cmspel/relatorios Acesso em 01/02/11 às 2:30min.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm> Acesso em 12/01/2011 às 23h15minmin.

_____. **Resolução 33.** Brasília, 1992.
Disponível em www.mp.gov.br/.../ma - pga 2008 - cns - resolucao 33.pdf
Acesso em 12/03/2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas.** Brasília, 2009 1ª edição.
Disponível em <http://www.conass.org.br/arquivos/files/conassdocumenta18.pdf>
Acesso em 14/01/2011 às 9h35min.

CORREIA, Maria Valéria. **Que Controle Social na Política de Assistência?** *In: Revista Serviço Social e Sociedade Ano XXIII nº 72* . Ed Cortez São Paulo, 2002.

_____. **Desafios para o controle social:** subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro. Ed Fiocruz, 2005.

_____. **Controle Social na Saúde.** *In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.* MOTTA, Ana Elizabete... [et al] (orgs) São Paulo Ed. Cortez, 2006.

_____. **Saúde no contexto da crise contemporânea do capital:** o Banco Mundial e as tendências da contra reforma na política de saúde. *In: Revista Temporalis: Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios.* Ano VII n13 Janeiro a junho de 2007, p. 11-38.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. **Construindo a Possibilidade de Participação dos Usuários: Conselhos e Conferências e no Sistema Único de Saúde.** Fundação Universidade de Rio Grande – Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Coletiva (NIPESC) – URG. *In: Ministério da Saúde. VERSUS Brasil. Vivências e Estágios na realidade do SUS no Brasil.* s/d. Disponível em:
http://bvsm.sau.gov.br/bus/publicações/versus_brasil_vivencias_estágios.pdf
Acesso dia 23/03/2011 às 19h10min.

_____. **Conselhos e Conferências de Saúde: papel institucional e mudanças nas relações entre Estado e Sociedade.** *In:*

Participação, Democracia e Saúde. FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (orgs). Rio de Janeiro: CEBES, 2009 p.102-128.

_____. **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado**. In: *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. FLEURY, Sonia. (orgs). São Paulo Lemos Editorial, 1997.

CASANOVA, Pablo Gonzáles. **Globalidade, Neoliberalismo e Democracia**. In: *Globalização Excludente. Desigualdade, exclusão e Democracia na nova ordem mundial*. GENTILLI, Pablo [et al] (orgs) 5 ed Petrópolis, RJ Ed Vozes, 2008.

COSTA, Edna A. **Vigilância Sanitária proteção e defesa da vida**. São Paulo. Ed. Hucitec e Sociedade Brasileira de Medicamentos, 1998.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. LIMA, Nísia Trindade... [et al] (orgs). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. **As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS**. In: *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. LIMA, Nísia Trindade... [et al] (orgs). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. **Produto Interno Bruto de Pelotas, 2008**. Disponível em: <http://www.fee.tche.br>. Acesso em 07/04/2011 às 2h57min.

FRANÇA, Júnia Lessa. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. 8ªed Belo Horizonte. Ed UFMG, 2007.

GONÇALVES, Alcindo. **O conceito de governança**. XIV Encontro do Conpedi, 2005. Disponível www.conpedi.org/manaus/arquivo/...Alcindo%20Gonçalves.pdf . Acesso dia 21/11/2010 às 2h50min.

GONH, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. São Paulo. Ed. Cortez, 2003.

HEIDRICH, Andréa Valente. **O Conselho Municipal de Saúde e o processo de decisão sobre a Política de Saúde Municipal**. Dissertação de Mestrado (UFRGS). Porto Alegre, 2002. 134p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População de Pelotas senso 2010**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em 07/04/2011 às 2h49min.

JUNQUEIRA, Virginia. **Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado: duas faces da contra reforma de estado na saúde**. In: *Revista Temporalis. Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios*. Ano VII n13 Janeiro a junho de 2007, p.67-90.

MANSUR, Marília Coser. **O financiamento Federal de Saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. [Mestrado] Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. 111p. Disponível em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf/php?script=thechap&id=00007203%hgnrm=iso> . Acesso dia 09/11/2010 às 1h50min.

MASSON, Fátima Maria. **A “Terceira via” na reforma da saúde pública brasileira**. In: *Revista Temporalis. Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios*. Ano VII n13 Janeiro a junho de 2007, p. 39-65.

MARTINS, Poliana Cardoso; COTTA, Rosangela Minardi Mitre; MENDES, Fabio Farias; (orgs). **Conselho de Saúde e participação social no Brasil: matizes da utopia**. In: *Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 18 n 1 Rio de Janeiro, 2008.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO. Cadernos MARE da Reforma do Estado **Organizações Sociais**. Brasília, 1998. Disponível em www.planejamento.gov.br/.../PUB_Seges_Mare_Caderno02.PDF Acesso em 02/11/2010.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E GESTÃO. **Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos**. Secretaria de Gestão. Brasília, 2007. Disponível em : <http://www.planejamento.gov.br> Acesso em 08/04/2011 às 2h40min.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Fundação Estatal. Metas, gestão profissional e direitos preservados**. Brasília, agosto, 2007. Disponível em <http://ministeriodasaude.gov.br> Acesso em 12/01/2011 às 8h45min.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório das Conferências Nacionais de Saúde**. Disponível em www.conselho.saude.gov.br Acesso em 27/01/2011 às 00h14min.

MOREIRA, Marcelo R.; ESCOREL, Sarah. **Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre democratização da Política de Saúde nos vinte anos do SUS**. Participa Net SUS, 2008. Disponível em www.ensp.fiocruz.br/participanetsus Acesso em 07/04/2011 às 22h45min.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 2 ed. São Paulo. Cortez, 2003.

NEGRÃO, João José. **Consenso de Washington**. In: *Para conhecer o neoliberalismo*. Publisher, Brasil, 1998. Disponível em: <http://www.cefestsp.br/edu/eso/globalização/consenso.html> Acesso dia 12/01/2011 às 10h50 min.

OLIVERIA, Luciano. **Governança e governabilidade**. Disponível em www.editoraferreira.com.br/publique/media/toq37_luciano_oliveira.pdf Acesso em 07/10/2010 às 00h28min.

PELOTAS, Conselho Municipal de Saúde de Pelotas. Disponível em: www.pelotas.com.br/cmspel/ Acesso em 22/11/2010 às 2h40min.

PELOTAS, Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. Plano Municipal de Saúde 2007-2009. Pelotas, janeiro, 2007. Disponível em www.pelotas.com.br/politica_social/.../plano_municipal_saude.pdf Acesso em 24/01/2011 às 00h03min.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. EDUFRA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SCOTTI, Ricardo F. **Informações sobre a NOB 96: Um novo modelo de gestão SUS. [Norma Operacional Básica do SUS – Versão de 27/08/96] Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde**. Roteiro elaborado por Ricardo F. Scotti, assessor do Ministério da Saúde. Disponível em www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/nob-info.html Acesso em 19/09/2010 às 2h e 59min.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Vini Rabassa. **Controle Social de políticas públicas: uma reflexão sobre os resultados da pesquisa**. In: *Controle Social de Políticas Públicas: caminhos, descobertas e desafios*. PEDRINI, Dália Maria... [et al] (orgs) São Paulo. Paulus, 2007 p. 179-205.