



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Maria da Conceição de Souza Rocha

**Auditoria participativa na gestão em saúde do município de
Piraí – Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2012

Maria da Conceição de Souza Rocha

Auditoria participativa na gestão em saúde do município de Pirai – Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Mestrado Profissional em Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/ BIBLIOTECA CB-C

R672 Rocha, Maria da Conceição de Souza
Auditoria participativa na gestão em saúde do município
de Piraí – Rio de Janeiro / Maria da Conceição de Souza
Rocha. – 2012.
79 f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio
de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde pública - Administração - Teses. 2. Serviços de
saúde – Administração - Teses. 3. Auditoria administrativa –
Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado do
Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2:657.6

Autorizo apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação.

Maria da Conceição de Souza Rocha

Data

Maria da Conceição de Souza Rocha

Auditoria participativa na gestão em saúde do município de Pirai – Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Mestrado Profissional em Administração em Saúde.

Aprovado em 19 de julho de 2012.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Júnior
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Kenneth Rochel Camargo Junior
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2012

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado às pessoas que sempre estiveram ao meu lado me acompanhando, apoiando e principalmente acreditando em mim, meu marido: Francisco e minhas filhas, Juliana e Izadora. Vocês são muito especiais para mim. Amo-os muito.

Dedico também a duas pessoas que sempre foram e serão exemplos de caráter e dignidade na minha vida, meus pais: José Amaral Simões de Souza e Iris de Souza Rocha (*in memoriam*). Vocês permanecerão eternamente em nossas lembranças.

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas e instituições. Gostaria, por este fato, de expressar toda a minha gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta tarefa se tornasse uma realidade.

E agradecer:

À Prefeitura Municipal de Piraí, pela oportunidade e apoio financeiro através da Secretaria Municipal de Saúde, para que o Mestrado Profissional para os profissionais do SUS de Piraí acontecesse.

À Professora Doutora Roseni Pinheiro, por ter acreditado no projeto do Mestrado Profissional de Piraí.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Piraí pelo seu modo peculiar de participar e fazer controle social.

Aos Conselheiros de Saúde que aceitaram participar da entrevista.

À Professora Márcia Gil pela sua incondicional disponibilidade e doação, forma exigente e criativa de arguir as ideias apresentadas.

À amiga Ana Raquel pela sua disponibilidade para me ouvir, ler o meu trabalho, criticar, discutir, dar ideias e me incentivar. Obrigada pelas diversas leituras, correções e contribuições.

A Marcela, minha sobrinha querida, pelo apoio com seus conhecimentos sobre metodologia e informática, pelas várias leituras do texto para auxiliar na correção, além de sua grande capacidade de síntese, que muito contribuiu com minha produção .

Só a participação cidadã é capaz de mudar o país.

Herbert de Souza - Betinho

RESUMO

ROCHA, Maria da Conceição de Souza. *Auditoria participativa na gestão em saúde do município de Pirai – Rio de Janeiro*. 2012. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

O presente estudo tem por temática a participação do controle social na gestão em saúde. O objetivo geral deste estudo consiste em Analisar a experiência de acompanhamento e controle das contas públicas pelo Conselho de Saúde do município de Pirai, Estado do Rio de Janeiro. Com base nos objetivos específicos: Descrever o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e as percepções dos conselheiros sobre participação, responsabilidade e direito; Identificar nas práticas dos conselheiros possibilidades e limites do controle social para assegurar governança na gestão municipal em saúde e compartilhar lições aprendidas com a experiência de participação política do Conselho Municipal de Saúde do SUS de Pirai com outras secretarias setoriais. Como fundamentação teórica desta pesquisa, apresenta-se: Auditoria, gestão em saúde e controle social relacionando a garantia da integralidade da atenção ao indivíduo e coletividade. A proposta metodológica utilizada foi constituída de abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semi - estruturada e analisados com base na análise de conteúdo proposta por Bardin (2004). Ao analisarmos a totalidade do material empírico observamos que o CMS de Pirai tem atuação para além do controle em si, pois tem representado em seu cotidiano ações que demonstram o idealizado pela inscrição do usuário enquanto membro do conselho e assim sujeito ativo na construção de sua própria saúde. O que tornou possível concluir que a gestão em saúde tem sua legitimidade assegurada quanto à funcionalidade e organização nos moldes legais com atenção as necessidades da população a que serve e representa. Assim podemos inferir que a auditoria participativa constitui-se em inovação na gestão do SUS.

Palavras-chave: Participação e controle social. Gestão em saúde. Auditoria participativa.

ABSTRACT

ROCHA, Maria da Conceição de Souza. *Participatory audit in the health management of the municipality of Pirai - Rio de Janeiro*. 2012. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

This study is subject to participation of social control in healthcare management. The aim of this study is to analyze the experience of monitoring and control of public accounts by the Board of Health Pirai, State of Rio de Janeiro. Based on specific objectives: Describe the operation of the Municipal Health Council and the perceptions of counselors on participation, accountability and law; Identify the practices of counselors possibilities and limits of social control to ensure governance in municipal management in health and share lessons learned experience of political participation of the Municipal Health Council of SUS Pirai with other sectoral departments. As theoretical basis of this research, we present: Audit management in health and social control relating to guarantee comprehensive health care to the individual and collectivity. The methodology used consisted of qualitative approach. Data were collected through semi - structured interviews and analyzed using content analysis proposed by Bardin (2004). By analyzing the empirical totalities noted that CMS has Pirai performance beyond the control itself, as it has shown in their daily actions that demonstrate the application designed by the user as a member of the board and so active subject in the construction of their own health. What made it possible to conclude that the health management has ensured its legitimacy as the functionality and organization modeled carefully the legal needs of the population it serves and represents. Thus we may infer that audit is participatory in innovation in NHS management.

Keywords: Participation and Social Control. Participatory Management in Health Audit.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CEDERJ	Centro de Ciências e Educação Superior à Distância do Estado do Rio de Janeiro
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CISMEPA	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ações Públicas
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
DENERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
FADS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FIRJAN	Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	Índice de Condições de Saúde
IDSE	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDSUS	Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde
IESSM	Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município
IFDM	Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal
IMS	Instituto de Medicina Social

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LAPPIS	Laboratório de Pesquisa sobre Práticas da Integralidade
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
MP	Ministério Público
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NOB	Norma Operacional Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
POI	Programação e Orçamento Integrada
PPA	Plano de Pronta Ação
PET- SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PRÓ- SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos
PROSANE	Programa de Saúde na Escola
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINPAS	Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UERJ Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	REFERENCIAL TEÓRICO	18
1.1	Democracia/cidadania	18
2	CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO	26
2.1	Considerações sócio-históricas da trajetória da política de saúde em Pirai: um olhar de um ator implicado	26
2.2	Auditoria Participativa: delimitando questões sobre as práticas de participação e controle social	34
2.3	O conselho municipal de saúde e a gestão: relato de uma história compartilhada	38
3	OBJETIVOS E ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	43
3.1	Objetivos	43
3.2	Tipo de estudo	43
3.3	Cenário de estudo	44
3.4	Procedimentos éticos da pesquisa	46
3.5	Sujeitos do estudo	46
3.6	Procedimentos de coleta de dados	47
3.7	Análise dos dados	48
4	DISCUSSÃO E RESULTADOS	50
4.1	O Conselho Municipal de Saúde - estrutura e funcionamento	50
4.2	As percepções dos conselheiros sobre a experiência de acompanhamento e controle das contas públicas pelo Conselho Municipal de Saúde da SMS Pirai	58
4.3	Possibilidades e dificuldades do controle social para assegurar a governança na gestão municipal em saúde	61
4.4	As lições aprendidas com a experiência de participação do Conselho Municipal de Saúde do SUS em Pirai	62
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	

REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	67
APÊNDICE B – Roteiro da entrevista.....	68
ANEXO A – Formulário de Reclamação do CMS de Pirai 69	69
ANEXO B – Formulário de Visita do CMS de Pirai 70	70
ANEXO C – Relatório da Comissão de Escuta e Acolhimento do CMS de Pirai 71	71
ANEXO D – Relatório da Comissão de Acompanhamento de Obras do CMS de Pirai - I 72	72
ANEXO E – Relatório Da Comissão de Acompanhamento de Obras do CMS de Pirai – II..... 74	74
ANEXO F – Relatório de Visita da Comissão de Acompanhamento do Bolsa Família, Planejamento e Promoção das atividades do CMS de Pirai..... 77	77
ANEXO G – Documento da Comissão de Licitação do CMS de Pirai..... 79	79

INTRODUÇÃO

Acredito que as escolhas que fazemos são influências do lugar de onde viemos, das pessoas com quem convivemos, das oportunidades que conquistamos e principalmente dos desafios que nos propomos a enfrentar. O trabalho aqui apresentado reflete um pouco do caminho percorrido durante os últimos anos na função de gestora pública.

A opção por pesquisar sobre participação social na administração pública teve como motivação a minha experiência ao longo dos 24 anos de trabalho no setor público, sempre ocupando cargo de gestão, como: Coordenação do Setor de Enfermagem (06 anos), chefe da Divisão de Saúde do Indivíduo (04 anos), Secretária Municipal de Saúde (12 anos); e as dificuldades experimentadas para manter a governabilidade, assim como a execução de ações com base na técnica e legalidade, assegurando o fazer da forma mais correta possível, sem prejuízo para a sociedade e administração pública.

Às vezes parece que o certo é o errado, o fora do tom, e que a corrupção está tão entranhada nas ações do dia a dia, que a sociedade não a percebe como corrupção; consente e tolera. Percebo uma linha muito tênue separando o certo do errado, essa situação gera um grande ponto de sofrimento e conflito para o gestor no processo decisório, sobre o qual fica a responsabilidade final, uma vez que pouca sobre ele a decisão e nesse sentido ele é muito só.

Trazer a sociedade para dentro das decisões do sistema é tomar um cuidado a mais para que não se perca o limite entre o certo e o errado. Portanto, gerir com a participação da sociedade é uma forma de garantir a governança e a legalidade na gestão pública.

No exercício do cargo de Secretária Municipal de Saúde desde 2001, no município de Pirai, várias vezes me senti numa vala comum, tratada como bandida e corrupta. Experimentar este sentimento me trouxe grande sofrimento, mas também uma grande vontade de construir algo diferente, em que ficasse visível à sociedade que os ocupantes de cargos públicos, como este, podem e devem ser respeitados com credibilidade pela sociedade.

Acredito que para ter o envolvimento da sociedade, participando ativamente, é preciso da credibilidade de que falo, ou seja, ao ocupar um cargo público, em que o papel político tem tamanha relevância, comparativamente aos cargos eletivos, só que sem a legitimidade do voto.

Ao ocupar um cargo político, alguns gestores/ políticos, inserem em suas práticas valores para exercerem suas ações nas esferas de governo, valores que agregam à Política o atual status de corrompida, suja e pessimamente exercida.

Creio que seja preciso um efetivo exercício de participação social com ações

diversificadas para que a sociedade entenda que estes valores impostos por alguns políticos/gestores públicos à Política, não fazem parte da Ciência Política e sim da nossa cultura e que isso pode ser mudado com muita participação responsável e de qualidade na busca de uma sociedade mais justa que evolui constantemente e forma uma verdadeira democracia com verdadeiros cidadãos.

Na minha visão, as formas de participação que trazem mais possibilidades de consolidação das mudanças, são as participações em Conselhos e Fóruns, criados para tratar de vários assuntos de interesse local, com a participação é claro, de atores sociais daquele local de moradia, trabalho e outros, nos espaços de diálogo social, produzindo uma concreta interação da comunidade com os poderes constituídos para a decisão.

A ausência ou a fragilidade da participação no município está na falta de robustez do movimento da sociedade civil organizada para equilibrar o poder político das elites e a burocracia do Estado.

Na atualidade, uma administração séria, moderna e imbuída de demonstração de resultados, quem mais precisa do controle social é o gestor e ao mesmo tempo o que mais depende dele, visto que, o controle social funciona como um aliado do controle oficial, da Administração Pública.

Para Gilson de Carvalho, quem administra recursos públicos tem o direito e a consciência do dever de prestar contas de seus atos e gastos e nesse sentido estou convicta de que quando um gestor público fomenta a participação social e conseqüentemente o controle social, ele está também garantindo este seu direito de prestação de contas implícito pela própria consciência.

Vale ressaltar que este estudo apresenta o fruto da participação social, com o uso do controle, avaliação e auditoria da administração pública como ferramentas que possam assegurar a governança na saúde e demais setores possibilitando uma efetiva gestão pública.

Para Santos (1997), o conceito de governança refere-se a “padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos”, a minha vivência tem como palco o Conselho Municipal de Saúde, a Conferência Municipal de Saúde, os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, os fóruns de prestação de contas e outros de articulação com outros setores e segmentos, além das comissões instituídas dentro do CMS de Piraí, objeto de estudo neste trabalho.

Com a definição do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, vários debates e discussões aconteceram em torno da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080). Essa mesma lei tem como objetivo detalhar os pontos primordiais que regem esse

sistema, definindo os princípios e diretrizes para assegurar o atendimento as necessidades de saúde da população, financiamento dos serviços de saúde e a regulação do setor privado, dentre outros.

Dentre os princípios do SUS temos a universalização do acesso às ações e serviços de saúde, que consiste na garantia a todos os cidadãos do acesso às ações e serviços de saúde, sem privilégios ou barreiras, tanto no setor público quanto no privado integrante do sistema.

O princípio da integralidade da atenção compreende o compromisso do Estado na garantia de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso nos diferentes níveis de complexidade do sistema, devendo o sistema de saúde proporcionar, ao indivíduo ou à coletividade, as condições de atendimento, de acordo as suas necessidades. (Batista 2003).

A descentralização, outro principio que propõe a direção única do sistema com a transferência do poder decisório do governo federal para as instâncias subnacionais do governo, é uma estratégia de democratização porque possibilita à população um maior controle e acompanhamento das ações públicas.

Este princípio exige um novo formato na condução e organização da política, nesse sentido, apresentam-se as diretrizes do SUS de regionalização e hierarquização dos serviços. Regionalizar significa conhecer melhor o local onde o indivíduo está inserido e a partir desse conhecimento implantar uma política de saúde condizente com os problemas observados. Hierarquizar corresponde a organização dos serviços de saúde a partir dos diferentes níveis de complexidade e de acordo com a natureza do serviço e a realidade local, e regional.

A partir do princípio da Descentralização e das diretrizes de regionalização e hierarquização, surge uma nova forma de organização e gestão do sistema de saúde bastante diferente da adotada durante toda a história das políticas de saúde do Brasil. Esta forma de organização e gestão só se concretiza com sucesso se tiver solidariedade e cooperação entre os governantes das três esferas de governo, transparência e democratização decisória.

A participação popular, inicialmente proposta sob a forma de controle social, teve sua regulamentação três meses após a aprovação da Lei 8080 através da Lei 8142 que trata da garantia constitucional de participação da população nas decisões nos níveis de planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços de saúde, por meio de entidades representativas inseridas nos conselhos municipais de saúde e nas conferências de saúde.

Os conselhos de saúde têm como função exercer o papel de acompanhador permanente das ações do governo nos três níveis: federal, estadual e municipal. Já as conferências de saúde têm como objetivo avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a

formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes.

Considerando minha trajetória a frente da pasta da saúde em Pirai, parece-me crucial discutir as práticas de participação e controle social como ferramentas potentes que auxiliam o gestor, em tornar sua atuação mais eficaz e comprometida com o bem público.

Diante do exposto, o controle social sobre as contas públicas, fundamenta a minha motivação para realizar este estudo, que tem como pressuposto a minha responsabilidade como cidadã, sobretudo como gestora pública; na qual a opção pelo mestrado profissional propiciou um espaço de interlocução crítica, e de implicação com a afirmação do direito à saúde como direito de cidadania.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Democracia/ Cidadania

A formação e o desenvolvimento do Estado Brasileiro sempre foram marcados pela concentração de poder nas mãos de poucos e pela atuação das instituições estatais à serviço dos interesses das classes dominantes. Neste sentido, a cultura cívica, bem como a da cidadania, foi marcada por forte tradição cultural centrada no Estado, conferindo-o maior poder e responsabilidade pela estruturação da vida social no país.

A democracia é resultado de um processo histórico e está relacionada à soberania popular, à participação, igualdade e à cidadania. Entretanto, cabe ressaltar aqui, que existem diversos sentidos e concepções de democracia.

O termo “democracia” foi mencionado pela primeira vez no século V a.C., pelo historiador grego Heródoto, quando quis se referir a “governo do povo” (Khan, 2001). Contudo, apesar do tempo, o debate sobre democracia é bem atual e constitui-se em um dos assuntos de maior relevância quando se discute política, participação social e gestão pública.

O regime democrático pode ser entendido como “um conjunto de regras, primárias ou fundamentais, e procedimentos para a orientação de tomadas decisões coletivas, em que está prevista e facilitada a participação mais ampla possível dos interessados”. Bobbio (1986:12).

Para Dahl (2001) a concepção de democracia compreende um conjunto de regras e princípios de uma constituição, que determinará como serão tomadas as decisões da sociedade. Nessa constituição, todos os membros devem ser tratados como se estivessem preparados para construir as diretrizes sobre as políticas a serem seguidas.

Nessa concepção de Dahl (2001), os sujeitos devem ser considerados politicamente iguais. Seguindo uma linha de raciocínio, Dahl (2001) lista cinco princípios fundamentais da democracia, na tentativa de responder a indagações de como os cidadãos seria efetivamente considerados iguais. São os princípios fundamentais da democracia, relacionados por Dahl (2001):

- participação efetiva: todos os sujeitos devem possuir oportunidades iguais e efetivas, para que possam se expressar livremente;
- igualdade de voto: ao realizar uma decisão política, é necessário que todos os membros tenham oportunidades iguais e efetivas de voto;
- entendimento esclarecido: cada sujeito deve ter oportunidades iguais e efetivas de aprender sobre as políticas alternativas importantes e suas prováveis consequências;

- controle do programa de planejamento: os indivíduos devem ter plena oportunidade para decidir como e quais questões devem ser colocadas no planejamento de sua cidade/região/país;
- inclusão dos adultos: a maioria dos adultos residentes permanentes deve possuir o pleno direito de cidadão, ou seja, devem exercer a participação efetiva.

Completa a reflexão enfatizando que, quando um desses princípios acima citados é violado, os sujeitos não são considerados politicamente iguais.

Ainda de acordo com Dahl (2001), a democracia em sua essência evita a tirania, possibilita direitos essenciais aos cidadãos, proporciona a liberdade, a autodeterminação, a autonomia moral, o desenvolvimento humano, a proteção dos interesses pessoais essenciais, a igualdade política, a busca pela paz e a prosperidade.

Putnam (2007) exalta que os costumes de uma sociedade, bem como suas práticas políticas, são determinantes para a construção de uma “cultura cívica”. Esta cultura cívica é essencial para o fortalecimento de instituições democráticas estáveis e eficazes. Pontua três aspectos que influenciam a dinâmica do desempenho de instituições democráticas.

A primeira corrente enfatiza o “projeto institucional”. Esta corrente de pensamento versa essencialmente sobre a engenharia institucional, ou seja, busca investigar as formas mais adequadas para garantir um governo representativo eficaz. Assim, essa linha defende que, para ter um governo representativo viável, é necessária uma reestruturação nos projetos institucionais, criando estruturas voltadas para o ideal democrático.

A segunda corrente de pensamento, no que se refere ao desempenho das instituições democráticas, tratada por Putnam (2007), enfatiza os “fatores socioeconômicos”. Essa linha vai de encontro a um dos critérios condicionantes para o exercício da democracia, estabelecidos por Dahl. Assim, a ênfase nos fatores socioeconômicos preconiza a necessidade de fornecer condições básicas aos cidadãos, pois este seria um dos pilares centrais para a construção de um governo democrático, estável e eficaz.

Por fim, a terceira corrente destaca a importância dos “fatores socioculturais” no desempenho das instituições democráticas. Putnam (2007) explica que os governos podem variar de acordo com a disposição de seus cidadãos, exalta que os costumes de uma sociedade, bem como suas práticas políticas, são determinantes para a construção de uma “cultura cívica”. Esta cultura cívica é essencial para o fortalecimento de instituições democráticas estáveis e eficazes.

Para Alexis de Tocqueville (1987), a sociedade democrática é aquela onde não existe

distinção de ordens e de classes. O fato de os indivíduos serem socialmente iguais não quer dizer uma igualdade econômica, mas sim a uma inexistência de diferenças hereditárias de condições. Tocqueville ressalta que o governo adaptado a essa sociedade igualitária poderia ser denominado governo democrático.

Ressaltamos ainda duas formas de democracia muito discutidas pelos teóricos: a democracia participativa e a democracia representativa. Tenório (2007) afirma que na democracia representativa observa-se participação política limitada por parte dos cidadãos e uma distância entre representantes e representados. Na democracia participativa ocorre um processo de conexão da sociedade com o poder público na dinâmica de formulação de políticas.

De acordo com Dahl (2001), a democracia participativa proporciona aos cidadãos boas oportunidades de se envolverem no processo de governar a si mesmos, enquanto em um governo representativo em uma grande unidade isso não seria possível. Por outro lado, Dahl (2001) aponta alguns problemas na utilização da democracia participativa ou de assembléia.

Esses problemas estão relacionados ao fato de que a oportunidade para participar diminui com a amplitude do tamanho do corpo de cidadãos. A possibilidade de o participante expressar-se por meio da oratória em uma reunião é pequena e os que participam tornam-se representantes dos outros, exceto no voto.

Ao analisar os modelos alternativos de democracia, dentro da teoria política liberal, Fleury (1997) destaca as propostas de Schumpeter - de *democracia representativa* - e de Macpherson - de *democracia participativa*. Para Schumpeter “o método democrático é aquele acordo institucional para se chegar a decisões políticas em que os indivíduos adquirem o poder de decisão através de uma luta competitiva pelo voto da população” (Schumpeter, 1984: 337 *apud* Fleury, 1997: 30).

Esta concepção de democracia representativa, segundo Coutinho (2000) é minimalista “como se democracia fosse apenas o respeito a algumas regras formais que permitem uma rotatividade das elites no poder por meio dos processos eleitorais” (2000: 129). É importante destacar que o autor considera que o modelo de democracia participativa é compatível com a democracia liberal.

Ocupando uma posição intermediária entre esses dois campos teóricos da democracia no liberalismo contemporâneo, encontramos a concepção pluralista da democracia, na qual um dos seus principais pensadores é Robert Dahl. Nas formulações dos pluralistas liberais,

“o processo democrático refere-se à existência de igualdade de oportunidades de acesso dos grupos de interesse aos canais de influência sobre os governantes e à possibilidade da formação, por meio das ‘regras do jogo’, de consensos plurais na esfera pública. Por conseguinte, a função da participação, segundo essa tradição, é de proteção dos indivíduos contra as decisões arbitrárias dos líderes eleitos, assim como a de proteção de seus interesses privados ou de grupo” (Duriguetto, 2007:104).

Chauí (2000) destaca que a tradição democrática institui três direitos fundamentais: a igualdade, a liberdade e a participação no poder. E ao abordar a democracia como ideologia sustenta a crítica realizada por Marx ao referir-se ao formalismo jurídico que preside a ideia de direitos do cidadão.

Dessa forma, aponta que a democracia declara os direitos universais, mas a sociedade capitalista está estruturada de tal forma que tais direitos não podem ser garantidos para a maioria da população. A democracia não é concreta, é formal. “No capitalismo, são imensos os obstáculos à democracia, pois o conflito dos interesses é posto pela exploração de uma classe social por outra, mesmo que a ideologia afirme que todos são livres e iguais”. Para a autora são as lutas sociais que transformam a simples declaração de um direito em direito real. Nesta direção, os conselhos de saúde podem ser um dos espaços dessa luta.

Tendo discutido alguns elementos centrais para a compreensão da democracia, cabe destacar um ponto principal: a democracia é fundamental para a compreensão da cidadania pois, de acordo com Touraine (1996), “não há democracia sem cidadania”.

Como destacado anteriormente, a cultura cívica, bem como a da cidadania, no País, foi marcada por forte tradição cultural centrada no Estado, conferindo-o maior poder e responsabilidade pela estruturação da vida social.

Como forma de expressar a negatividade histórica da cidadania, Carvalho (1996) pontua que cabe à sociedade civil o papel coadjuvante, prevalecendo nesta nação a “estadania”. Para o autor, “estadania”, palavra que ele criou, seria um processo de formação criado de cima para baixo, ou seja, a partir do Estado e grupos dominantes. “Exemplo de cidadania construída de cima para baixo pode ser encontrado na Alemanha. Nesse país, a partir do século XIX, o Estado foi incorporando aos poucos os cidadãos à medida que abria o guarda-chuva de direitos”.

Diferentemente da Cidadania, que tem efetiva participação popular na construção histórica, por exemplo, a guerra de independência dos Estados Unidos ou a Revolução Francesa.

O processo de democratização brasileira ocorreu de uma forma bem diferente da vivenciada por outros países, como Estados Unidos e França. A construção de uma cultura

cívica, que é a base da cidadania, bem como da própria cidadania, deu-se de maneira distinta, marcada por forte tradição cultural centrada no Estado em relação à sociedade e ao mercado, o que permitiu a Carvalho (1996), ao analisar o longo percurso da “cidadania” no Brasil, cunhar o termo “estadania” como forma de expressar a negatividade histórica da cidadania.

A cidadania, segundo Carvalho (2001), pode ser compreendida como a integração das pessoas no governo via participação política, via garantia de direitos individuais, via justiça social.

Considerando ainda Carvalho (2007), tornou-se costume desdobrar a cidadania em “direitos civis, políticos e sociais”. Assim, o cidadão pleno seria aquele que fosse titular dos três direitos, o cidadão incompleto aquele que possui apenas alguns direitos e o não cidadão aquele que não possui direitos.

Elucida Carvalho, que: os “direitos civis” são os fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei. Podem ser compreendidos como a garantia de ir e vir, de optar por um trabalho, de expressar-se livremente, de não ser condenado sem processo legal regular. Direitos estes fundamentados em uma justiça independente, eficiente e acessível a todos, garantindo uma relação civilizada entre os indivíduos.

Os “direitos políticos” referem-se à participação do cidadão no governo da sociedade. São compreendidos como a capacidade de fazer demonstrações políticas, de organizar partidos, de votar e ser votado.

Por fim, os “direitos sociais” são aqueles que, conforme Carvalho (2007), garantem a participação na riqueza coletiva. Eles incluem o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, à aposentadoria. Os direitos sociais permitem às sociedades politicamente organizadas reduzir os excessos de desigualdade produzidos pelo capitalismo e garantir um mínimo de bem-estar para todos, baseando-se na idéia de justiça social e do estado do bem-estar social, Carvalho (2007).

Este autor ressalta ainda que a ideia desses direitos foi desenvolvida por Marshall, com base em uma experiência empírica na Inglaterra. De acordo com Marshall, esse foi um processo gradativo, do qual se partiu da conquista dos direitos civis, para posteriormente conquistar os direitos políticos, e por fim os direitos sociais.

O processo histórico de formação da cidadania no Ocidente é outro ponto que merece destaque, este processo seguiu basicamente duas vertentes: um direcionamento de “baixo para cima”, por iniciativa dos cidadãos, e outro de “cima para baixo”, por iniciativa do Estado e de grupos dominantes (Turner, 1990). Carvalho (2001:1) menciona como exemplos típicos da cidadania de “baixo para cima” “as experiências históricas dos países anglo-saxões, marcadas

pela luta para arrancar ao Estado absolutista os direitos civis e políticos”. Carvalho destaca como marco desse percurso a Guerra Civil inglesa no século XVII, a Guerra de Independência dos Estados Unidos e a Revolução Francesa no século XVIII. Explica que esse tipo de cidadania é caracterizado pela postura ativa dos cidadãos.

Na cidadania construída de “cima para baixo”, Carvalho (2001) menciona como exemplo o caso da Alemanha a partir do século XIX. O Estado foi aos poucos concedendo um conjunto de direitos aos cidadãos. Assim, ser cidadão na Alemanha era praticamente sinônimo de ser leal ao Estado. Nesse caso da cidadania de “cima para baixo”, a iniciativa veio do Estado e não do cidadão, pode-se dizer que ela ocorre de forma passiva no sentido político, mas com um conteúdo ativo de identificação nacional-social.

Putnam (2007) aborda outra discussão sobre a construção da cidadania. Em sua obra, faz um paralelo entre as sociedades favorecidas por padrões e sistemas dinâmicos de engajamento cívico, por outras sociedades que se estruturam em colunas verticalizadas, com uma vida social caracterizada pela fragmentação e pelo isolamento, prevalecendo nestas um sentimento geral de desconfiança.

Para Putnam (2007), essas diferenças, na esfera da vida cívica, são fundamentais para explicar o êxito das instituições. As sociedades dotada de redes de confiança e solidariedade horizontais contribui para a formação de instituições mais sólidas.

Como pode ser observado em sua obra, o conceito de capital social está introjetado na mente das pessoas, ou seja, nessas sociedades existem padrões de confiança, solidariedade e engajamento cívico; as ações são coordenadas entre indivíduos através de regras de cooperação, fazendo aumentar o desempenho das instituições e a eficiência da sociedade.

Já na sociedade caracterizada pela fragmentação e isolamento, existe grande concorrência entre organizações e entre pessoas. É pautada nos interesses capitalistas e influenciada por grupos poderosos do capital e, portanto destituída de um ambiente comunal. Além de as pessoas acharem que vale mais a pena ser “amigo do rei”, ou seja, ter um político influente como protetor e tentar conseguir privilégios especiais.

A Constituição Federal do Brasil afirma que a República Federativa do Brasil é um Estado Democrático de Direito, apesar disso, observa-se, na prática, que os detentores do poder ignoram sua condição de meros servidores públicos a serviço do cidadão e do interesse público e não a serviço dos interesses próprios .

No Poder, muitos de seus membros ainda não entenderam o significado de cidadania e tampouco de Estado Constitucional de Direito, pois fazem prevalecer à lei sobre a Constituição, limitando-se ao princípio da legalidade como se a existência de lei formal

tivesse, por si, a condição de sobrepor-se à Constituição e às garantias constitucionais dos direitos individuais.

Para Garcia, não somos uma nação de direitos conquistados, mas de direitos concedidos ou negados pelos detentores do poder. Dispõe o autor que no Poder Executivo permeia com muito mais frequência o abuso de autoridade e o abuso de poder, em manifesto desrespeito à cidadania. No campo tributário, jamais se viu tamanha carga de tributos sobre as pessoas e suas empresas. Mais de 30% do PIB são retirados por ano dos que produzem, sem que a nação receba em troca os benefícios dessa colaboração financeira compulsória.

O Poder Executivo emite títulos da dívida pública, mas não honra os títulos assim emitidos, prorroga seus vencimentos, repudia a atualização de seu valor diante de indisfarçável inflação e recusa-se a pagá-los ou a aceitá-los na compensação de créditos, quando já possam ser exigidos. Para o autor esse Estado aético, não passa de deslavada manifestação de "estadania" em detrimento da cidadania.

Impõe-se, em consonância com o Estado Democrático de Direito, a afirmação da cidadania, em torno do conceito de sociedade civil, cujos membros não devem curvar-se à "estadania", interpretada por Garcia. Os integrantes do Estado só estão revestidos de poder e de autoridade enquanto essa autoridade e esse poder são utilizados no interesse e na defesa dos direitos individuais e do bem comum.

No Estado Democrático de Direito, efetivamente firmado, sempre prevalecerá, no conflito entre Estado e Nação, a cidadania em detrimento da "estadania". O direito deve ser exercido para a própria garantia de sua existência, enquanto se combate o arbítrio e o abuso de autoridade de quem antepõe-se a sua realização.

No Brasil, o fim do governo totalitário exigiu da sociedade, grande tomada de consciência, doses de politização, sofrimento, luta por justiça social e pelo ideal de uma sociedade livre e de direitos.

Como militante da área, identifiquei muitas dessas ações na luta do Movimento Sanitário Brasileiro e, principalmente, na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a partir do momento que seu relatório final foi utilizado como documento base para as discussões na Assembleia Nacional Constituinte. O processo constituinte de 1987/1988 que resultou na Constituição Federal, a nossa Constituição Cidadã, significou ampliar a atuação do estado em favor das demandas por redução das desigualdades sociais, e assim, uma das maiores intervenções positivas nas relações de poder nesses últimos anos.

Como parte da constituição cidadã insere-se o direito a saúde no capítulo Da Ordem Social, que tem como objetivo o bem estar e a justiça social. O direito a saúde é assegurado

como um dever do Estado e teve sua regulamentação na Lei 8080 de 1990 que derivou a necessidade de qualificar a participação social por meio da Lei 8142 de 1990.

Finalizando neste sentido, a participação popular enquanto exercício de cidadania tem seu maior crescimento a partir das bases populares apesar da indução do Estado.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO

2.1 Considerações sócio-históricas da trajetória da política de saúde em Pirai

Em 1989, o município de Pirai instituiu a Secretaria de Saúde e nomeou seu primeiro secretário. Inicia a organização do Sistema de Saúde no município, ainda na proposta do SUDS, para além do acesso universal, com grandes dificuldades e a busca da confiança e adesão dos profissionais das três esferas ao projeto político ora instituído. Estes profissionais e a própria população local sentiam-se ameaçados com a nova estrutura, pois além de acostumados com os poucos serviços existentes, temiam maiores perdas.

Dentre as maiores dificuldades podemos destacar: a necessidade de superação da histórica dicotomia existente entre os serviços preventivos e os curativos, ou seja, a mudança da ênfase na assistência individual e hospitalar para a prevenção de doenças e promoção da saúde; a construção de um sistema municipal de saúde racional, organizado a partir das necessidades de saúde da população e a legitimação do secretário, como gestor único das três esferas, no nível municipal.

A organização da gestão no município iniciou-se pela Atenção Básica, com o intuito de organizar e fazer acontecer a primeira política municipal com clientela adscrita: o PROSANE – Programa de Saúde nas Escolas. O programa, baseado no modelo criado por David Capistrano, na cidade de Santos - SP, garantia acesso ao tratamento dentário, escovação, aplicação de flúor, educação em saúde para alunos, pais e professores, controle do crescimento e desenvolvimento, vacinação, acuidade visual, fornecimento de óculos para os alunos e consultas especializadas, de acordo com as necessidades diagnosticadas, transporte das crianças da escola até a unidade de saúde e para atendimento especializado.

Foram tempos de muitas dificuldades com total falta de financiamento para a atenção básica. Porém, a promoção de ações intersetoriais entre as secretarias de educação e saúde, firmou-se com sucesso.

No ano de 1991, em consonância com o texto constitucional de 1988 e com as Leis 8080 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990, acontece a primeira Conferência Municipal de Saúde de Pirai e nela, a eleição do primeiro Conselho Municipal de Saúde, configurando-se como o primeiro conselho da região do Médio do Paraíba no Rio de Janeiro.

O Conselho Municipal de Saúde de Pirai atua desde a sua instituição, em 14 de maio de 1991, por intermédio da Lei Municipal de nº 283. Com a evolução do processo de participação social, o texto do conselho foi revisto na Lei Municipal de nº 757, de 19 de

novembro de 2004 e Lei de nº 1.061, de 20 de dezembro de 2011.

Com as eleições municipais no ano de 1992, em 1º de janeiro de 1993, o Sr. Arthur Henrique Gonçalves Ferreira, assume o poder executivo e nomeia seu novo secretariado, promovendo uma reorganização e nova composição no quadro de cargos de confiança, além de uma abertura política com a democratização de serviços.

Neste mesmo o ano, o Ministério da Saúde publica a NOB/93, que tem como objetivo, disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde. No que se refere às condições de gestão, esta norma apresenta três sistemáticas de relacionamento para gestão: incipiente, parcial e semiplena.

Neste momento, apesar dos avanços conquistados pelo município na organização de sua gestão e do sistema de saúde, Piraí enquadra-se como gestão incipiente. Como o próprio nome explicita, o sistema de saúde já dava sinais da sua incipiência no que se refere ao acesso aos serviços de saúde e à qualidade de vida da população. Apresentava altas taxas de mortalidade infantil e materna, elevadas taxas de cesariana, entre outras.

A rede pública precisava de investimentos importantes em infra-estrutura predial, equipamentos, organização de serviços de média complexidade, contratação, capacitação e treinamento de pessoal de áreas técnicas específicas.

É importante salientar que mesmo com os avanços da NOB/93, apenas 3% dos municípios do país, alcançaram a condição de gestão semiplena, a qual possibilitava as condições orçamentárias para as transferências fundo a fundo. Para Lima (1999), a referida norma operacional acirrou um quadro de profundas desigualdades regionais e municipais e, pouco contribuiu em relação ao financiamento, uma vez que os instrumentos de repasse permaneceram os mesmos da NOB/91.

Na mesma época, iniciava no município, liderado pela Pastoral da Criança e outros organismos da sociedade civil, o movimento de luta conjunta em defesa de melhoria das condições do Sistema de Saúde local, provocado pelas altas taxas de óbito materno e infantil na região Médio-Paraíba.

Já nas eleições municipais de 1996, o então prefeito faz seu sucessor. Assim sendo, o Sr. Luiz Fernando de Souza - *Pezão*, atual vice-governador do estado do Rio de Janeiro, assume o poder. Apesar de receber o município com as contas públicas saneadas, enfrenta grande crise econômica devido à privatização da LIGHT (companhia de energia elétrica) e consequente demissão de aproximadamente 2000 trabalhadores.

De certa maneira, houve um empobrecimento no município, pois múltiplos pais de

famílias perderam seus empregos e as casas onde moravam, uma vez que a LIGHT fornecia moradia, água e luz elétrica para seus trabalhadores em bairro próprio. Destacamos também, a migração de grande parte dessas famílias para o município de Pinheiral, recém-emancipado de Piraí. Naquele momento, o mesmo oferecia melhores condições de habitação, considerando os valores financeiros.

Ainda neste período, o Ministério Público – MP demandou ao município, a realização de um concurso público. Considerando que 80% dos profissionais da prefeitura eram contratados, tal fato configurou-se como outro grande problema na gestão local. Desta forma, foi pactuado com o MP que o concurso seria realizado ao final do mandato, pois caso o fizesse naquele momento, outras centenas de pessoas seriam desempregadas, e o município vivenciaria uma grande crise.

Uma característica desta nova gestão é a vontade política para ampliação e melhoria do Sistema Municipal de Saúde. Em um primeiro ato, o prefeito eleito, entendendo as necessidades de saúde apresentadas, reuniu-se com os dirigentes da instituição filantrópica local, único hospital de Piraí, com o intuito de negociar apoio e impedir o fechamento do serviço. Negociou-se então, uma co-gestão com instrumentos bem definidos de financiamento e, gestão em parceria, inclusive com a participação do Conselho Municipal de Saúde.

Merece destaque ainda o convênio celebrado com Cuba, trazendo profissionais que nos ajudassem a elaborar um diagnóstico de saúde da população, na visão daquele país. Tal fato culminou na implantação, em 1997, do primeiro módulo de Saúde da Família, segundo o modelo cubano.

Em 2001, com a reeleição do então prefeito, a autora, que já fazia parte do grupo de gestão, assume a pasta da saúde, incorporando à equipe já existente, novos técnicos, principalmente na área financeira e de planejamento.

No mesmo ano, a Secretaria Municipal de Saúde de Piraí conquistou sua autonomia financeira através da operacionalização do Fundo Municipal de Saúde, Lei 397/93, permitindo ao gestor gerenciar o orçamento e o financeiro da SMS, ser o ordenador de despesas e descentralizar o processo de compras que anteriormente ficava a cargo da comissão de compras geral da prefeitura. Com estas ferramentas, o gestor ampliou a sua capacidade de gestão e de organização do município avançando no planejamento e na conquista de mais recursos para a saúde.

Em 2002, o município atinge a marca de 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal da Família.

Já em 2003, Piraí elaborou o processo pleiteando habilitação para a Gestão Plena do

Sistema Municipal de Saúde, com a finalidade de melhor viabilizar o financiamento e a execução das ações e serviços de saúde, de modo a garantir o acesso integral de sua população aos serviços de saúde. Sendo o pleito aprovado pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB), na esfera estadual e posteriormente, aprovado pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), no nível Federal.

Este processo envolvia eixos de intervenção que incluía ações no campo da gestão do sistema, a definição de um modelo técnico assistencial qualificado e orientado para o aumento da resolutividade em cada um dos níveis do sistema e o fortalecimento das ações de controle social.

A partir desse modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, Pirai passou a receber do Fundo Nacional de Saúde os recursos financeiros correspondentes ao Teto Financeiro de Assistência para a execução de todas as ações e serviços para o atendimento integral à saúde.

No campo da qualificação do modelo de gestão e do modelo técnico assistencial, Pirai obteve, a partir das intervenções realizadas desde 2001, alguns resultados, como: Único município no Estado onde todo o Sistema Municipal de saúde foi qualificado pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde com o título de “Hospital Amigo da Criança” e “Unidades Amigas da Amamentação”. Este processo exigiu no município ampla mobilização do corpo técnico da saúde e comunidade para modificar a forma de atuação envolvendo pelo menos 400 horas de treinamento.

Em 2004, Pirai teve seu Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) ampliado de 0,753 (1999) para 0,886, configurando o maior IDI da região do Médio Paraíba e ficando com o 3º lugar de municípios com melhor IDI no Estado do Rio de Janeiro.

O Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) foi criado pelo UNICEF com o objetivo de promover e monitorar políticas públicas orientadas à primeira infância, ou seja, para os primeiros seis anos de vida da criança. Ele agrega variáveis relacionadas: 1) à oferta de serviços de saúde; 2) à oferta de serviços de educação; 3) ao cuidado e proteção que a família deve proporcionar à criança nos primeiros anos (representados pelo nível de educação do pai e da mãe).

Os indicadores que incorporam cada dimensão, respectivamente, são: 1) *Coberturas de serviços de saúde: taxa de vacinação (DTP e DTP+Hib)*. Este indicador mede o percentual de crianças menores de um ano de idade imunizadas com a vacina tríplice contra difteria, coqueluche e tétano (DTP ou tríplice), e com a tetravalente (DTH+Hib) contra difteria, coqueluche, tétano, meningite e outras infecções; *Percentual de gestantes com cobertura pré-*

natal adequada: este indicador mede o percentual de gestantes que tiveram mais de seis consultas de acompanhamento, desde o conhecimento da gravidez até o nascimento do bebê; 2) *Taxa de escolarização bruta na pré-escola*: esta variável mede o percentual de crianças matriculadas na pré-escola (pública e privada), independentemente da idade; 3) *Percentual de crianças com pais de escolaridade precária*: verifica a proporção de crianças de até 6 anos que moram com pai ou mãe com escolaridade de até três anos de estudo (considerada baixa).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Piraí em 2000, foi de 0,776, pouco acima da média do estado de 0,75.

Em 2005, mais uma vez, o município teve seu esforço reconhecido quando foi o primeiro município do País a conquistar o Prêmio Bibi Vogel, concedido pelo Ministério da Saúde, para os municípios com ações inovadoras na promoção, proteção e apoio à amamentação.

As oficinas rotineiras de planejamento, os relatórios trimestrais de avaliação, o caderno de avaliação local das unidades básicas de saúde, os modelos de monitoramento das ações programáticas e a profunda consolidação dos instrumentos e das práticas de vigilância em saúde em todos os níveis do sistema, são bons exemplos de quanto foi possível avançar na formatação de um arcabouço gerencial que sustenta o processo de transformação por que passou o município desde 2001.

Ainda em 2005, Piraí manteve 100% de sua população assistida pela ESF e dentista de família, mantendo duas equipes acima do estipulado pelo MS, reconhecendo a questão geográfica do município como um fator impeditivo do acesso e que seria necessário um número menor de famílias sob a responsabilidade de cada equipe, para que efetivamente pudessemos implementar um sistema de vigilância a saúde da população.

Diante do compromisso com a integralidade da Atenção, buscamos estratégias para a efetivação da assistência, estruturando a equipe de Saúde Mental com consequente implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) em 2006.

Ainda buscando a Integralidade nas ações, implantamos o Centro de Especialidades Odontológica (CEO) e o Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD), ampliando assim a oferta de tratamentos especializados aos usuários.

Seguindo a abordagem dos principais pontos da trajetória histórica do SUS em Piraí, não podemos deixar de citar o processo de assinatura do Pacto pela Saúde, no ano de 2007. Foi um processo regional de diagnóstico, avaliação e discussão, coordenado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da região (CISMEPA), que culminou na adesão ao pacto, em bloco, pelos 12 municípios que compõem a Região do Médio Paraíba.

Em 2008, é publicado pela primeira vez o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal – IFDM, ano base 2000. Piraí na saúde, obtém a pontuação de 0,84, considerado um alto índice de desenvolvimento (de 0,80 a 1,0 ponto), mantendo-se dentro da classificação de alto índice de desenvolvimento até a última edição em 2011, ano base 2009 com 0,96 de pontuação e 1º lugar em saúde no Estado do Rio e 101º no País. Está entre os 10% dos municípios do País, classificados pela FIRJAN, como de auto- índice de desenvolvimento em saúde.

Ainda em 2008, foi aprovado no Projeto do Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, que contribui com a formação de recursos humanos para a área de saúde, orientado para a necessidade da população brasileira e à operacionalização do SUS.

Foram estabelecidas parcerias que permitiram a ampliação da integração de Instituições de Ensino Superior, através da assinatura do Pet-Saúde (Programa de Educação para o Trabalho) contando com profissionais do meio acadêmico, para a qualificação dos profissionais e desenvolvimento de pesquisas locais. Em Piraí, essa parceria se deu, primeiramente, com a Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ.

Neste mesmo ano foi implantado o Telessaúde, uma rede que interliga a Universidade Estadual do Rio de Janeiro- UERJ, e o Serviço de Saúde de Piraí, num processo de trabalho cooperado online, utilizando modernas tecnologias de informação e comunicação, com objetivo de desenvolver ações de apoio e assistência à saúde e, sobretudo de educação permanente na Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva de mudanças de práticas de trabalho que resultem na qualidade do atendimento da atenção básica do SUS.

Em 2009, como forma de qualificação dos profissionais da rede de atenção à saúde, foi estabelecido convênio com o Laboratório de Pesquisa de Práticas da Integralidade (LAPPIS), do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, para a realização de mestrado profissional, sendo contemplados 17 profissionais da área de Saúde do município.

No mesmo ano, a Secretaria Municipal de Saúde de Piraí buscou o desenvolvimento de ações que contribuíssem para a melhoria da qualidade de vida de sua população, através do desenvolvimento de estratégias, não apenas voltadas para aspectos exclusivos do Setor Saúde, mas principalmente, com compromisso de intersetorialidade, tema inclusive de sua XV Conferência Municipal de Saúde, a qual contou com a participação de 437 pessoas.

Preliminarmente, à organização da XV Conferência Municipal de Saúde foram organizadas 4 pré-conferências, que contaram com a participação de 232 pessoas. Esta

estratégia fez com que as principais reivindicações da comunidade estivessem mais próximas da realidade e fossem capazes de causar maior impacto na saúde da população. Todas as propostas levantadas foram levadas para a conferência.

A política de gestão participativa de saúde em Piraí é sustentada por espaços formais como:

Os Conselhos Gestores de Unidades: organizado em cada unidade da ESF, é composto por representação da população local, gerência da unidade e representante dos funcionários.

As Conferências Locais de Saúde acontecem antes da Conferência Municipal e discutem as necessidades de cada área de abrangência da ESF para a Conferência Municipal de Saúde.

O Fórum de Gerentes de Unidades: instância de informação, problematização, discussão de temas técnicos e definição de operações, reunindo mensalmente todos os gerentes de unidade, os coordenadores de programa e o técnico de planejamento.

A Plenária de Planejamento: acontece uma vez ao ano, em formato de oficina com duração de 3 dias onde são reunidos todos os gerentes da SMS para avaliação da agenda do ano anterior, problematização, definição de operações para o ano em curso e construção da programação anual de saúde.

O Colegiado Técnico de Gestão da Saúde: instituído em 2009, através de portaria municipal, com reuniões mensais e participação dos serviços e coordenações ligadas diretamente a Secretária de Saúde, objetivando a tomada coletiva de decisões; e **Fórum Permanente de Ações Intersetoriais (Grupo de Parceiros):** iniciado os encontros em 2009, com participação da APS, Saúde Mental, Promoção Social, Educação.

Em 2011, Piraí obteve a maior nota do estado (7,3) no IDSUS, considerando todos os outros grupos.

O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é um indicador síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema de Único de Saúde (SUS) quanto ao **acesso** (potencial ou obtido) e à **efetividade** da Atenção Básica, das Atensões Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências, verificando como está a infraestrutura de saúde para atender as pessoas e se os serviços ofertados têm capacidade de dar as melhores respostas aos problemas de saúde da população.

O IDSUS é formado por seis grupos homogêneos e leva em consideração a análise concomitante de três índices: de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE), de Condições de Saúde (ICS) e de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM). Basicamente, os

grupos 1 e 2 são formados por municípios que apresentam melhor infraestrutura e condições de atendimento à população; os grupos 3 e 4 têm pouca estrutura de média e alta complexidade, enquanto que os grupos 5 e 6 não têm estrutura para atendimentos especializados. A proposta é unificar em grupos cidades com características similares.

De acordo com o índice, o Brasil possui IDSUS equivalente a 5,47. Seguido da Região Sudeste (5,56) e do Estado do Rio de Janeiro com 4,58.

O Município de Piraí, dentro do grupo de municípios homogêneos, obteve uma pontuação de 7,3 o maior IDSUS de todo o estado, considerando todos os outros grupos.

Atualmente, o município participa do grupo condutor regional para realização do COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, cujo objeto é a organização e integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos, em uma região de saúde.

2.2 Auditoria participativa: buscando delimitar algumas questões sobre participação e controle da sociedade civil sobre as contas públicas da saúde

Ao discutirmos a participação e o controle social no sistema de saúde brasileiro, pode-se afirmar através de Jacobi (2002, p. 447) que:

A consolidação de propostas participativas representa a potencialização e a ampliação de práticas comunitárias através do estabelecimento e ativação de um conjunto de mecanismos institucionais que reconheçam direitos efetivamente exercitáveis e estimulem estratégias de envolvimento e co-responsabilização. Nesse sentido um dos maiores desafios de uma proposta participativa ampliada é o de garantir a definição de critérios de representação, de forma a impedir tanto a sua manipulação por grupos guiados por interesses particularizados, como a possibilidade da sua instrumentalização pela administração pública.

Ainda nesta lógica, Carvalho (1995) destaca que os termos participação e controle social são historicamente referenciados e dizem respeito a distintos contextos sócio-econômico-culturais.

A participação tem uma longa tradição nas políticas de saúde, assumindo significados diferentes de acordo com o contexto histórico. E o conceito de controle social foi historicamente interpretado pela sociologia clássica como “processo pelo qual uma sociedade ou grupo procura assegurar a obediência de seus membros por meio dos padrões de

comportamento existentes” (DICIONÁRIO DE SOCIOLOGIA, 1961).

Segundo Carvalho (1995), há três concepções sobre participação em saúde presentes na história da sociedade política brasileira: a participação comunitária, a participação popular e a participação social. A participação comunitária surge no momento em que as ações em saúde dependem do consentimento da população para sua implementação.

A população deixa de ser alvo inerte de uma ação controlista e normativa no campo sanitário, e passa a ser chamada a cumprir um papel minimamente ativo e consciente no esforço de busca de saúde pública. A ação sanitária não poderia depender mais apenas da coerção, mas deveria conquistar o assentimento da população (CARVALHO, 1995 p. 14).

No Brasil a participação comunitária teve que lidar com as práticas dominantes do modelo sanitarista campanhista e o aumento da oferta de assistência médica pela previdência. Com isso, entendo que a participação popular inicia-se com o questionamento aos poucos resultados políticos e técnicos das práticas de participação comunitária, aprofundando as críticas ao sistema dominante.

“O *locus* da participação deixa de ser o serviço de saúde, ultrapassa os limites do setor e alcança o conjunto da sociedade e do Estado. É nesse plano que se definem seus novos objetivos: a democratização da saúde, designando a reivindicação pelo acesso universal e igualitário aos serviços e também pelo acesso ao poder” (CARVALHO, 1995, p. 22).

Percebo que a participação social surge com o processo de democratização do país. Novos sujeitos coletivos entram em cena e estabelecem novas relações com o Estado – sociedade, qualificando o processo de participação. As questões centrais deste tipo de participação são: a universalização dos direitos sociais, a ampliação do conceito de cidadania e a nova compreensão do papel do Estado. No que se refere ao controle social, a perspectiva adotada neste trabalho é a do controle da sociedade sobre o Estado, democratizando e ampliando a esfera pública.

Atualmente, o controle social na saúde é um direito conquistado na Constituição Federal de 1988, e as duas instâncias formais de efetivação da participação da sociedade são: as conferências e os conselhos.

De acordo com Barros (1994), é importante ressaltar que, apesar de serem os mecanismos fundamentais, visto estarem previstos em Lei Federal, os conselhos e conferências não são os únicos espaços de ação para o exercício do controle social.

Existem outras instâncias que se acionadas podem ser consideradas enquanto espaços de exercício do controle social, tais como: o Ministério Público; os órgãos de defesa do consumidor; os meios de comunicação oficiais e alternativos; os Conselhos Profissionais. O autor em questão defende ainda que essas instâncias são parceiras no exercício do controle social. São instituições que podem orientar os defensores do projeto da reforma democrática do Estado brasileiro na defesa da qualidade dos serviços públicos.

Os mecanismos de monitoramento e avaliação facilitam a aplicação das políticas públicas, pois medem a repercussão de determinadas atividades e avaliam se as metas estabelecidas no caso examinado foram cumpridas. A ideia de auditoria participativa tem na experiência de gênero da Organização Internacional do Trabalho (OIT) um método que privilegia o envolvimento e a participação de cada pessoa, da unidade de trabalho e da organização.

Normalmente o termo "auditoria" lembra a "prestação de contas" avaliada por um "auditor externo". Entretanto, parece-me mais apropriado a utilização do termo auditoria participativa, cuja gênese se funda na experiência de auditoria na perspectiva de gênero da Organização Internacional do Trabalho. Trata-se de uma atividade participativa, que utiliza um método de autoavaliação diagnóstica, onde os membros das unidades de trabalho participantes intervêm ativamente, com o objetivo de analisar as próprias competências e carências com relação às questões de gênero.

A auditoria de gênero também identifica os desafios da organização para o futuro, e valoriza a capacitação institucional de cada pessoa, das unidades de trabalho envolvidas e da organização como um todo. Enfim, elucida sobre como integrar a perspectiva de gênero de forma prática e efetiva em todos os programas, políticas e estruturas da organização, a todos os níveis, e promove a apropriação do processo e dos resultados pelos homens e mulheres que a ela pertencem.

Mas o que diferencia uma auditoria participativa de uma tradicional? No geral as auditorias constituem um recurso das empresas para determinar se os regulamentos administrativos e financeiros estabelecidos se aplicam corretamente.

Na década de oitenta, muitas instituições grandes começaram a realizar «auditorias de qualidade la calidad» para avaliar o grau de cumprimento das exigências externas e internas. Este tipo de auditoria estabelece se os mecanismos internos são apropriados e adequados entre si, se os dispositivos e suas correspondentes normas se respeitam e de que como podem introduzir melhorias e inovações nesta área.

As auditorias qualitativas avaliam os documentos, manuais e políticas descritas de

uma instituição a fim de determinar se os membros realmente as aplicam e, como fazem e quais os resultados foram alcançados.

Revelam não somente se o trabalho se realiza corretamente, mas também, as possibilidades de introduzir melhorias e inovações. Por esta razão, os auditores recebem e analisam as impressões das pessoas que trabalham nas instituições e de seus usuários. Conseqüentemente, com o informe da auditoria se estabelecem recomendações acerca das potencialidades de melhorias e as formas de introduzi-las; a partir daí, os atores e os responsáveis utilizam essa informação para elaborar um plano de ação.

As auditorias participativas de gênero pertencem a categoria de auditorias qualitativas, também conhecidas como auditorias sociais, para distingui-las das auditorias financeiras.

De acordo com o documento da OIT, as auditorias de gênero se constituem em um método participativo a fim de promover o aprendizado e o sentimento de pertença com respeito ao processo e seus resultados. A aplicação deste método também nos auxilia a pensar que as pessoas implicadas com diferentes políticas, dentre elas a saúde; os gestores e as instituições, tem a motivação e a capacidade para avaliar a si mesmos e avaliar suas instituições.

Parece-me pertinente apropriar alguns aspectos da metodologia das auditorias participativas de gênero para nos apoiar na experiência de controle social sobre as contas públicas do município de Pirai.

O primeiro deles diz respeito ao aprendizado institucional prático, que considera as experiências de vida de seus integrantes, neste caso aquele diretamente implicado com as instâncias de participação e controle social na saúde. O segundo diz respeito às possibilidades de se detectar disparidades e problemas graves na operacionalização de processos que envolvem o ente público, na comprovação correta do cumprimento das ações por ele licitadas, ao mesmo tempo em que se formulam novas estratégias mais eficazes e tornam evidentes as práticas eficazes de acompanhamento do gasto público.

Nesse sentido, a metodologia de auditoria participativa, desenvolvida pela OIT, na perspectiva de gênero, nos oferecem subsídios para qualificar a experiência do conselho municipal de saúde de Pirai, no que diz respeito a melhor aplicação e otimização dos recursos investidos nesta área.

A idealização deste estudo configura-se em uma apresentação da vivência da autora no exercício de sua cidadania em que há a finalidade de compartilhar experiência em gestão na saúde continuando a luta almejada por muitos brasileiros em defesa da assistência de

qualidade a população brasileira como parte da dos direitos sociais contidos na Constituição Federal – *A constituição cidadã*.

2.3 O conselho municipal de saúde e a gestão: relato de uma história compartilhada.

Sabemos que o exercício da democracia não é uma tarefa fácil, porém, para uma nação evoluir em termos de participação efetiva dos cidadãos, os mesmos precisam participar do processo de construção dos seus direitos.

No País são poucas as conquistas sociais a partir de movimentos de participação social efetiva e independente sem a indução do Estado ou de grupos que estivessem dentro do Estado.

Nota-se a prevalência de ações que conferem maior poder ao Estado, como responsável pela estruturação e desenvolvimento da vida social, prevalecendo em nossa nação a “estadania”, visto a ausência de uma cultura cívica de participação social, cabendo aos atores não estatais um papel de coadjuvantes no processo.

Incomodada com a solidão que vive um gestor e a pouca participação da sociedade civil organizada de Pirai nos espaços próprios da gestão do SUS, senti-me compelida a buscar meios de estimular a ampliação dos atores envolvidos na construção do SUS no município, a partir do fomento da participação e consequente controle social. Mas também para dar legitimidade e segurança ao processo da gestão pública.

Almejando tudo isso abrem-se as portas da SMS para o Controle Social no processo descrito a seguir:

Sentindo as assimetrias referidas por Marilena Chauí, onde o saber, acaba produzindo hierarquia, passo a buscar a qualificação do conselheiro no sentido da compreensão da gestão do processo de trabalho, possibilitando a inserção ativa nos avanços e dificuldades enfrentados pela gestão.

Começamos a trabalhar com uma capacitação teórica inicial realizada em quatro sábados com textos sobre controle social, SUS e legislação. Esta iniciativa foi importante, mas observamos durante o processo que sua efetividade poderia ser melhorada, o processo era demorado e cansativo, segundo o próprio grupo.

Em outro momento tentamos fazer nova capacitação com apresentação de conteúdo como foi a outra, mas não houve interesse por parte dos conselheiros, pois a consideraram muito cansativa, difícil e demorada.

Entendo que neste percurso se apresentava a disparidade entre o conhecimento

técnico próprio de quem gere e o saber próprio do conselheiro. Ajustar as diferenças envolvia e ainda envolve a mediação para que o acesso ao conhecimento técnico seja possível e a detenção de um determinado saber por apenas um dos lados não produza assimetria.

A partir da observação das reuniões propusemos uma nova capacitação que fosse orientada pelos problemas discutidos, eram utilizados os assuntos debatidos nas reuniões e construídos com eles soluções, explicações, direitos, deveres. O que possibilitava um maior aproveitamento dos conteúdos que o conselho já detinha a partir de sua experiência articulando-o com os conhecimentos formais.

Percebia-se também que sua inserção ativa no processo de trabalho permitiria produzir saber específico, de forma que este conselho se sentisse sujeito. Assim em 2001 como secretária, abri as portas do FMS, devido ao interesse dos conselheiros pelo assunto finanças e a visão de que é função do controle social controlar as contas.

No acompanhamento das contas da SMS, observávamos que as aprovações advinham mais de articulações políticas do que do real entendimento pelo conselho sobre os demonstrativos financeiros. Percebendo isso e com a presença do mito sobre espaços financeiros, como lugares secretos, inatingíveis e de domínio restrito, me dispus a possibilitar a entrada dos conselheiros neste Setor: Fundo Municipal de Saúde.

Propus uma vez na semana para cada grupo de cinco conselheiros uma visita ao FMS com a disposição do contador e tesoureiro para mostrar sistemas de informação, processos, contas bancárias e seus respectivos saldos. Ficavam totalmente perdidos, tinham acesso aos processos, mas não sabiam o que olhar e fazer.

Provavelmente, por tratar-se de questões muito específicas e técnicas, gerando um desinteresse no grupo; passamos a ensiná-los como avaliar se um processo de despesas estava dentro das conformidades da legislação, e o que eles deveriam observar neste processo.

Quando esse grupo começa a transitar bem dentro do FMS, o mito começa a se desfazer, e os conselheiros se inserem no entendimento sobre as contas públicas e a possibilidade de acesso real às mesmas.

Orientamos a fazer como os órgãos de Controle externo faziam ao chegar na Secretaria para uma fiscalização, escolhendo de forma aleatória no sistema um ou mais processos que seriam submetidos a análise. Em seguida os processos eram desarquivados e eles manuseavam cada peça.

Os profissionais da tesouraria e contabilidade percebendo a dificuldade que os conselheiros tinham sobre o que olhar no conteúdo do processo, começam a orientá-los sobre o que deveriam observar em um processo, como era montado, o porquê de ser assim, quais os

itens mais importantes. Que tem que ter propostas das empresas, recurso orçamentário e financeiro, empenho, nota fiscal, o que observar na nota fiscal.

Depois do conhecimento básico da peça processual eles passaram a receber informação sobre o que era para observar e entender sobre gasto com saúde.

O 1º aprendizado que pude ter foi que a partir do teatro dos conselheiros nos espaços da contabilidade e tesouraria, claro que de forma organizada, foram sendo desconstruídos os mitos de que era secreto porque tinha coisa errada, na visão do conselheiro, e que a informação não poderia ser divulgada na visão dos profissionais.

Um outro aprendizado se referia à instituir a cultura, dentro da SMS, de que as informações públicas são de domínio do cidadão. Isso educou os dois lados, o profissional que ficava as tardes falando e mostrando o seu trabalho e também se sentia realizado, esmerava-se no seu fazer, pois tinha mais alguém compartilhando seu cotidiano, e a sociedade que estava vendo como ele era importante e sabia ensinar algo.

Isso tudo ia acontecendo e despertando o interesse dos conselheiros na participação: as contas, as ações concretas eram palpáveis, nada de subjetivo para ele, que inicialmente não dominava conhecimentos técnicos daquela área, mas que se inseria na apropriação de seu papel e exercia o controle social de forma efetiva.

Ainda que interessados em conhecer todas as contas do FMS, havia dificuldades na participação de reuniões do conselho de saúde, seminários, e outros eventos, espaços onde era importante a participação dos conselheiros. Buscamos superar isso através de uma outra estratégia, convidando os conselheiros a participar da gestão através de comissões instituídas dentro do próprio conselho, onde as pessoas se candidatavam a participar das mesmas, e eram eleitas por seus pares.

Estas são formadas por conselheiros do segmento de usuários, preferencialmente que tenham disponibilidade de participar da gestão dentro do horário de funcionamento dos serviços de saúde. Cada comissão é composta por um grupo de conselheiros que acompanha situações que envolvem o processo de trabalho pertinente a cada tipo de comissão.

As comissões eram instituídas a partir dos maiores pontos de reclamação como: assistência farmacêutica, insumos para diabetes (seringas insulina..), bolsa família e assistência nos serviços. Encontram-se em funcionamento atualmente as seguintes comissões: escuta e acolhimento, acompanhamento dos processos de compras e licitações, acompanhamento da execução de obras da saúde, acompanhamento e monitoramento do cadastro do bolsa família.

Considerando as reclamações sobre a assistência nas UBS, surge a comissão para ver

in loco o que estava sendo feito e escutando a população. Apurando a reclamação, ouvindo os dois lados e trazendo para o CMS e para o gestor o problema.

Isso estimula uma ação por parte de todos para a solução do problema, a conversa com as partes envolvidas para sanar o problema, procurando valorizar os dois lados: o direito do cidadão de reclamar e exigir serviços de qualidade e o outro lado de entender este direito, criando a cultura e qualificando o serviço.

Nas situações em que o cidadão reivindica seus direitos acredita-se que quem tem preparo para entender seu pedido é o profissional. Esse encontro deve se qualificar no sentido de transformar a reclamação que muitas vezes produz um embate entre lados opostos, em um momento de crescimento e construção do sistema.

A comissão de escuta e acolhimento é fundamental na mediação deste processo, cabe destacar que esta comissão foi designada inicialmente, pelos próprios conselheiros, como comissão de reclamação, e renomeada, também por eles, após alguns anos de funcionamento, para comissão de escuta e acolhimento a partir do entendimento desta ação como não baseada apenas na “reclamação”, mas na necessidade de escuta e acolhimento do usuário como fundamental para os avanços.

Neste percurso também surgem problemas e reclamações de outras naturezas e áreas como prestação de serviços, realização de obras, que em parte eram das reclamações e que o controle social já identificava. Daí surge a necessidade do acompanhamento da execução das obras de reforma e construção.

Então a necessidade de capacitar os conselheiros para acompanhar e fiscalizar as obras. Para isso surge a comissão de fiscalização e acompanhamento das obras, então a secretaria abre para os conselheiros planilhas com os preços, memorial descritivo, projetos e orienta como fazer a supervisão documentando as etapas com fotografias, como pagar por medição, o que é cumprir cronograma, o que é aditivo de prazo e de valores, como e quando fazer.

Com essa comissão foi possível transitar dentro do governo de forma transparente, legitimada pelo conselho, desta forma, o mesmo exerce seu papel de fiscalizador e protetor da gestão uma vez que compartilha de todo o processo.

Quando instituído o programa bolsa família houve uma pressão muito grande diante de irregularidades noticiadas no País, era muito difícil fazer o julgamento das necessidades das pessoas quando se usava o subjetivo, então para proteger mais uma vez a gestão e o direito das pessoas convidamos o conselho, que já tinha alguma experiência para nos ajudar a garantir este direito e sua transparência.

Então institui-se mais uma comissão: a de acompanhamento, fiscalização e supervisão do cadastro e condicionalidades do bolsa família. O cadastro no município é feito pelo agente comunitário de saúde, no próprio domicílio das famílias visitadas que se encontram dentro dos critérios de elegibilidade para receber a bolsa família. As auditorias são feitas após o cadastro, quando identificado alguma não conformidade nos dados, denúncias da própria população ao CMS, e desvinculação de famílias com excelente aceitação por parte da população.

3 OBJETIVOS E ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

3.1 Objetivos

Objetivo Geral:

Descrever a experiência de acompanhamento e controle das contas públicas pelo Conselho Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Pirai – SMS Pirai.

Objetivos Específicos:

- Descrever o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e as percepções dos conselheiros sobre participação, responsabilidade e direito;
- Identificar nas práticas dos conselheiros, possibilidades e limites do controle social para assegurar governança na gestão municipal em saúde;
- Compartilhar lições aprendidas com a experiência de participação política do Conselho Municipal de Saúde do SUS de Pirai com outras secretarias setoriais.

3.2 Tipo de estudo

A escolha da abordagem qualitativa como trajetória metodológica foi em adequação a natureza do objeto deste estudo, com o relato da vivência dos sujeitos a ser utilizada como dados que servirão ao estudo de caso.

Com o uso desta metodologia é possível organizar as idéias apresentadas pelos sujeitos como unidades temáticas que segundo Minayo (2004) podem ser categorizados de acordo com o objetivo proposto e com o uso do referencial de análise temática. Esta proposta traz uma descoberta de núcleos de sentido evidenciados a partir dos temas constitutivos de uma comunicação, em cuja presença ou frequência está o significado, o material de análise do estudo.

Nesta análise, a unidade de registro - denominada de tema, representa uma unidade de significação que se desloca naturalmente do texto analisado, seguindo critérios relacionados à teoria que serve de guia à leitura do documento em análise (BARDIN, 1979).

3.3 Cenário de estudo

O município de Piraí está localizado no Estado do Rio de Janeiro, na Região Médio-Paraíba. Faz limite com os municípios de Barra do Piraí, Pinheiral, Rio Claro, Itaguaí, Mendes, Paracambi, Barra Mansa e Volta Redonda. Sua área geográfica representa 504,6 Km², (8,1% da Região Médio Paraíba).

Possui uma posição geográfica estratégica, estando localizado entre duas grandes metrópoles – Rio de Janeiro e São Paulo, numa extensão de 52 km da Rodovia Presidente Dutra.

Segundo o IBGE, a população estimada no ano de 2011 é de 26.314 habitantes, o que lhe confere uma densidade demográfica de 51,7 hab/Km². A população urbana representa 81,70% de sua população total.

A rede de serviços de saúde municipal está representada por 13 Unidades de Saúde da Família com 13 equipes de Saúde Bucal, o que lhe confere uma cobertura de 100% em Estratégia Saúde da Família, com 100% também de equipes de Saúde Bucal da Família.

A rede de atenção básica possui 14 unidades de saúde no total, sendo complementada por uma unidade hospitalar local, o Hospital Flávio Leal e um Centro de Especialidades Ambulatoriais, dois centros de reabilitação (unidades de fisioterapia).

As unidades de Saúde da Família, estão caracterizadas por atividades de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, desenvolvidas por equipes multidisciplinares, compostas basicamente de médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares em saúde bucal, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Estas unidades possuem uma coordenação de Estratégia Saúde da Família, que compõe juntamente com demais coordenações de programas, o setor de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde.

Possui ainda duas unidades de urgência e emergência, uma localizada na unidade hospitalar (Hospital Flávio Leal) que conta com uma sala de estabilização e outra no distrito de Arrozal (Pronto atendimento de Arrozal). Uma base do SAMU no município, com uma Unidade Móvel de Suporte Avançado e uma Unidade Móvel de Suporte Básico, vinculada a rede de urgência e emergência regional.

O município conta ainda com dois laboratórios de Patologia Clínica, sendo um privado local e outro público.

A saúde mental vem representada pela unidade do CAPS I (Centro de Assistência Psicossocial), e a Odontologia possui duas unidades móveis que complementam a assistência em saúde bucal na atenção básica, principalmente nas escolas locais, sendo que para a

realização dos procedimentos de média complexidade possui um Centro de Especialidades Odontológicas, o CEO, e ainda um Laboratório de Prótese Dentária.

A seguir será apresentada uma série histórica da despesa na função saúde, aqui tratada como “investimento em saúde”, as receitas ingressas no Fundo Municipal de Saúde de Pirai e os investimentos de natureza capital, que representam as obras e os equipamentos adquiridos. Os dados foram obtidos no SIOPS (Sistema de Informações de Orçamentos Público em Saúde), que é o Sistema Público, principal instrumento, instituído pelo Ministério da Saúde, com objetivo de atender a Transparência e Controle da Gestão Orçamentária e Financeira da Gestão da Saúde no país.

Outra análise diz respeito ao investimento na saúde/habitante, para verificar se a gestão municipal está cumprindo a lei no que tange o investimento no setor, segundo a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.

Tabela 1- Despesa Total com Saúde, Pirai, 2003 a 2011

<i>ANO</i>	DESPESA TOTAL COM SAUDE/HABITANTE	RECURSOS MS	RECURSO PRÓPRIO	% RECURSO PRÓPRIO APLICADO NA SAUDE
<i>2003</i>	411,65	85,82	331,25	23,64
<i>2004</i>	514,67	158,92	355,75	21,53
<i>2005</i>	624,71	160,78	463,93	25,22
<i>2006</i>	712,16	135,63	576,53	28,26
<i>2007</i>	749,26	192,18	557,08	26,90
<i>2008</i>	808,65	189,86	618,79	26,83
<i>2009</i>	905,23	218,12	687,11	29,09
<i>2010</i>	1.002,70	214,87	787,83	29,86
<i>2011</i>	1127,89	251,13	876,76	29,83

Fonte: SIOPS, 2003 -2011.

A tabela acima demonstra os valores, em reais, referentes às despesas com saúde/habitante e os valores custeados pelo Ministério da Saúde e pelo município, assim como o percentual de recursos próprios investidos no setor para avaliar se o município vem cumprindo a EC 29/2000.

A emenda constitucional nº 29/2000 estabelece o percentual da arrecadação total que o município deveria investir na área de saúde. Verificou-se, de acordo com análise de dados do SIOPS, que o município de Pirai investiu no período 2003 a 2011, um percentual de recursos próprios aplicados na saúde, em conformidade, e superiores, o que disciplina a referida lei.

3.4 Procedimentos éticos da pesquisa

Esta pesquisa tem obediência às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, definidas pela Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS); assim como a observância dos direitos fundamentais do sujeito de pesquisa (informação, privacidade, recusa inócua, desistência, indenização, ressarcimento, continuidade do atendimento, acesso ao pesquisador e ao comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos - CEP).

A Resolução 196/96 do CNS incorpora, entre outros, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. O referencial da autonomia tem sua garantia no termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) cujo modelo encontra-se em anexo. Os referenciais de beneficência e não maleficências são explicitados no compromisso com atenção ao máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos.

De acordo com o referencial justiça, destacamos a relevância social da pesquisa entendendo o processo de educação permanente como importante estratégia na qualificação da relação cidadão com os serviços de saúde emprestando sua força de trabalho para gerar resultados positivos para a população.

No que tange aos compromissos exigidos do pesquisador, patrocinador e instituição responsáveis, esta pesquisa envolve a articulação da pesquisadora com o Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (LAPPIS/IMS/UERJ) e a Secretaria de Saúde do Município de Pirai.

A pesquisadora responsável arcou com o financiamento da pesquisa.

3.5 Sujeitos do estudo

No presente estudo, o grupo estudado foi composto por seis Conselheiros Municipais de Saúde, selecionados com a aplicação dos seguintes critérios de inclusão:

1. Ser conselheiro municipal de saúde,
2. Ser do segmento (representante) dos usuários eleitos para gestão atual 2008-2011.
3. Ser participante de comissões instituídas no início do atual mandato

O estudo em tela foi direcionado pelas questões relativas sobre a participação no conselho municipal de saúde e sua relação com o direito à saúde, sobre o funcionamento do conselho e sobre o controle por parte dos conselheiros das contas públicas.

3.6 Procedimentos de coleta de dados

No mês de abril de 2011, procedeu-se a coleta de dados empíricos, mediante a técnica de entrevista semi-estruturada, sendo complementado com análise documental e observação direta. Primeiramente, os conselheiros foram consultados, por meio telefônico, sobre data e horário disponível para a realização das entrevistas.

Após o agendamento, os mesmos foram convidados a comparecer nas dependências da SMS de Piraí, onde uma sala reservada foi disponibilizada. Preocupamo-nos em oferecer ambiência adequada para que os entrevistados se posicionassem de maneira livre e descontraída.

Considerando a atual função da pesquisadora no cenário da saúde do município, convidamos uma pesquisadora externa para realização das entrevistas. Tomamos certa atitude, no intuito de evitar possíveis interferências nas falas dos entrevistados.

Reconheço minha implicação na pesquisa acerca de um processo em que atuo como ator, e considero que algumas estratégias foram constituídas para relativizar tal implicação, entendendo, entretanto, que tomados os devidos cuidados, minha condição de ator-chave, pode ser tomada como potência e não impeditivo neste estudo.

Como instrumento de coleta de dados, utilizamos a entrevista semi-estruturada, dirigida por meio de um roteiro com seis questões. Para Minayo (2004), a entrevista consiste em uma “conversa com finalidade” (grifo da autora, p.99), com a apresentação de algumas questões feitas para orientar o delineamento do objeto.

As entrevistas, com duração média de uma hora, foram gravadas em equipamento digital (music player 3 - mp3) e só tiveram início após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

As falas foram transcritas em tempo menor às vinte e quatro horas subsequentes às entrevistas e disponibilizada aos participantes, os quais não manifestaram interesse em modificá-las.

3.7 Análise dos dados

A análise dos dados teve início com a leitura flutuante do material. Em seguida, para uma melhor apreensão dos mesmos, o material foi dividido em unidades tendo como referencial a análise temática de conteúdo proposta por Bardin (2004), que se constitui na aplicação de técnicas que visam à obtenção de indicadores e permitem inferir conhecimentos sobre as mensagens.

Esta análise busca nas falas dos sujeitos as informações da vivência que as pessoas possuem sobre o fenômeno estudado e, assim, a expressão do que é de todo o grupo. Encontrando os núcleos de sentido/significado da comunicação de ideia/pensamento. Foram desenvolvidas as seguintes fases:

Fase 1 - Análise com os dados explícitos

Foram separadas as unidades de pensamento por similaridade de conteúdos com a organização por ideias centrais.

Fase 2 - Início da análise categorial

Com a sequência de leituras sucessivas, foram elaboradas as inferências – deduções, e assim dando origem a análise categorial. A seguir com a imersão dos núcleos de significado que para Bardin (2004) é a fase a qual “um achado permite que se siga para outra pista ou em direção a outras interpretações”.

Fase 3 - Exploração dos materiais

Com base nos achados, foi possível o aprofundamento das questões com codificação e categorização.

Os dados abertos, agora transformados em unidades de registro, originaram as unidades de significação em função dos questionamentos do estudo. (BARDIN, 2004).

Fase 4 - Tratamento dos resultados e Categorização

Para Bardin (2004) a codificação tem por finalidade a transformação dos dados brutos do texto em uma representação de conteúdo, por meio de recorte, agregação e enumeração.

As categorias são rubricas ou classes as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esses efetuado em razão das características comuns destes elementos. (BARDIN, 2004, p.145).

Com intuito de distinguir a fala dos sujeitos, foi preservado o anonimato destes, de modo que se optou pelo uso da palavra *Entrevistado* (E) seguida da numeração de 1 a 6.

Após a categorização o resultado apresentado teve as seguintes unidades temáticas:

1. Estrutura e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.
2. As percepções dos conselheiros sobre a experiência de acompanhamento e controle das contas públicas pelo Conselho Municipal de Saúde da SMS - Pirai.
3. Possibilidades e dificuldades do controle social para assegurar governança na gestão municipal em saúde.
4. As lições aprendidas com a experiência de participação do Conselho Municipal de Saúde de Pirai com outras secretarias setoriais.

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

4.1 O Conselho Municipal de Saúde – estrutura e funcionamento

Esta pesquisa foi realizada no contexto do setor saúde do município de Pirai, espaço em que funciona o Conselho Municipal de Saúde, constituindo o cenário das práticas relativas ao objeto deste estudo.

Para descrever a participação do Conselho Municipal de Saúde considero fundamental conhecer os sujeitos da pesquisa e sua trajetória, para a compreensão do modo como se inserem politicamente, socialmente, culturalmente e como percebem sua atuação como conselheiro.

O movimento inicial de sistematização do material empírico, foi a construção de um perfil do grupo de conselheiros, organizado a partir dos dados de identificação e qualificação coletados: sexo, idade, grau de instrução, ocupação, renda, segmento que representa, filiação partidária e participação em campanhas políticas.

Esta estratégia é um dos pré requisitos metodológicos valorizado nos estudos de natureza qualitativa, pois, permeiam a subjetividade dos sujeitos. Configurando-se assim como elementos de observação e análise, as visões, valores, crenças e motivações que não podem ser compreendidas sem a identificação e qualificação dos atores e do contexto onde estão inseridos. Neste estudo, aborda-se como funciona o Conselho Municipal de Saúde, arena onde se desenvolvem as práticas de participação objeto deste estudo.

O Conselho Municipal de Saúde de Pirai é composto por 20 membros titulares e 20 suplentes, que ocupam os assentos das 20 instituições que o compõem; conquistados por eleição na última Conferência Municipal de Saúde, de acordo com o princípio da paridade, definida na Lei 8.142/90 e Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde que propõe diretrizes para criação, reformulação e estruturação dos conselhos de saúde em todo o território nacional.

As Instituições que conquistaram assento no CMS de Pirai, no período pesquisado foram: 1. Seguimento de usuários: Associações de Moradores (40%), Igrejas - Batista e Metodista (20%), Sindicato dos Funcionários Públicos do Município (10%), Pastoral da Criança (10%) e ONGs (20%). Dez vagas ao todo representando os 50% da composição paritária deste seguimento. 2. Seguimento dos Profissionais de saúde: Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Enfermagem, Conselho Regional de Psicologia e Conselho Regional de Medicina Veterinária. Cinco vagas ao todo, representando 25% da composição.

3. Seguimento dos prestadores de serviço: Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Municipal de Educação (SEMEC), Secretaria Municipal de Promoção e Ação Social (SMPS), Hospital Flávio Leal, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), como também cinco vagas na composição paritária, representando 25%.

Dos seis conselheiros entrevistados, três são do período 2010 – 2011 e três do período 2012-2013, quatro são representantes do seguimento de usuários e dois do seguimento de prestadores (governo). Dos seis, quatro fizeram ou fazem parte das comissões instituídas pelo CMS e os demais (dois), tem grande experiência por participarem há vários mandatos.

A faixa de idade do grupo de conselheiros pesquisados está entre 50 e 70 anos. Quatro são do sexo masculino e dois do sexo feminino. Ao se referirem a suas trajetórias de participação em algum movimento ou organização comunitária ou profissional, a maioria destaca que já tem alguns anos de experiência de participação.

Quanto ao grau de instrução do grupo, está assim distribuído: três têm o ensino fundamental incompleto; dois têm o ensino médio completo; um possui nível superior e especialização. Portanto, 50% dos conselheiros tem o ensino médio incompleto e todos são do seguimento de usuários; 33% têm o ensino médio completo e 18% o nível superior.

Na divisão social e técnica do trabalho, os entrevistados estão assim inseridos: no setor de serviços: um profissional de saúde de nível superior e um servidor municipal de nível médio, representando 36,33% dos entrevistados; um autônomo pequeno comerciante; dois aposentados que exerceram suas atividades, um no serviço público e o outro no setor de serviços do privado; uma é dona de casa. Estas ocupações somadas ou não à de outros membros da família geram uma renda familiar mensal nas seguintes faixas: dois entrevistados têm renda familiar de até dois salários mínimos; quatro possuem renda maior que dois até cinco salários mínimos. Dos 36,33% que ganham até dois salários mínimos, um é do seguimento de usuários e o outro do seguimento dos prestadores de serviços (governo), os 66,77% que ganham mais de dois salários mínimos, três, são do seguimento de usuários e um, dos prestadores (governo).

Entre os recursos de poder que favorecem a participação, a renda é considerada importante e a sua ausência ou insuficiência dificulta até em questões simples como o dinheiro para se deslocar para participar das atividades do Conselho.

O grau de instrução e a renda são dois importantes indicadores para analisar a desigualdade social presente na sociedade, que se reproduzem no interior do Conselho, provocando em determinados momentos “assimetrias” de poder e saber, gerando dificuldades

para a participação.

Chauí (1993) ao analisar o autoritarismo da nossa sociedade, demonstra que as diferenças e as assimetrias sociais e pessoais transformam-se em desigualdades e estas se transformam em hierarquias.

Outro fator que pode ser considerado importante para entender a motivação para a participação do cidadão nesta pesquisa foi a filiação partidária, identificação com algum partido político e a militância nas campanhas eleitorais.

A participação política é considerada pelos estudiosos de cultura política um fator importante para caracterizar a cultura política predominante em um grupo social. Entre os seis entrevistados, dois, não têm filiação partidária; enquanto quatro, têm filiação partidária. Destes, um é filiado a partido de centro- direita e três a partido de centro- esquerda.

Os conselheiros, filiados a partidos políticos exercem participação ativa nas campanhas eleitorais. Os dois conselheiros não filiados a partidos políticos, dizem não ter simpatia por nenhum partido e que votam na pessoa: “Eu gosto de ser livre e votar na pessoa que eu acredito, e não por que o partido quer que vote” (Usuário). Dos quatro filiados, dois fizeram campanha para candidatos de centro- direita, e dois para candidatos de centro- esquerda.

Os entrevistados ao serem questionados sobre o conselho municipal de saúde se referiram as suas trajetórias de participação no mesmo, ou em algum movimento ou mesmo organização comunitária, além de outras instâncias de controle social, no município – Conselhos Gestores de Unidades de Saúde (CGUS), conselhos regionais e locais de saúde. Nos processos de participação a experiência em movimentos comunitários, sindicais é importante para favorecer o aprendizado da luta política e da cidadania (GOHN, 1992).

Esta participação como apresentada por um dos entrevistados na fala: “*eu participo de quase todos os conselhos do município é um dos conselhos que pra mim é nota dez, o conselho de saúde, é o conselho que envolve a criança e o adolescente. (E1)*”, faz com que ele enquanto usuário estabeleça relação entre a visão geral de quem participa do CMS e da visão do SUS no município em outros setores de controle social.

Ao descrever a estrutura e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde os entrevistados reforçam o uso das palavras estrutura, fundação e montagem. Conforme apresentado nas falas:

“Muito bem estruturado, tudo nos mínimos detalhes, a aberto à população a participarem, a prestação de contas, muito bem

estruturado... Muito bem estruturado, tudo nos mínimos detalhes, a aberto à população a participarem, a prestação de contas, muito bem estruturado... Qualquer pessoa que queira tirar qualquer dúvida pode chegar aqui. (E1)”

“Eu participo do conselho já tem... tinha um mandato e meio, praticamente né, então eu sou um conselheiro novo né... Então quando eu vim pra começar a conhecer tudo da estrutura do conselho. A gente tem até um conselho bem fundado, bem montado. (E2)”

Na sequência das falas, observa-se também que os entrevistados fazem menção à legislação sobre o conselho e o papel do conselheiro como descrito por E2:

“Tivemos reunião o ano passado, que eu participava do conselho até com o ministério público de Pirai, que teve até uma reunião para conselhos até mesmo para os novos conselheiros, de conhecerem de como funciona... é o que é um conselho de saúde, como os conselheiros devem agir. Até com relação com muitas tendências que vão bater na porta do ministério público. Então foi aonde eu vim a conhecer o conselho. O conselho é um conselho até bem montado, nós temos nosso regimento interno, tudo seguindo os direitos da lei que vem do conselho nacional de Brasília né, principalmente com a 333...”

Pude perceber por meio das falas, que a expressão “bem estruturado” aponta para a necessidade dos Conselhos de estrutura de recursos necessários: o espaço físico, os recursos tecnológicos próprios, independente da máquina administrativa da Secretária de Saúde. E de processos de trabalho, estruturados com base na legislação.

Quanto ao arcabouço jurídico, necessário ao funcionamento do Conselho e, até mesmo aos processos de trabalho específicos deste espaço, organizado ao longo dos anos, com o uso de rotinas que já fazem parte do papel do conselho.

“É, na verdade, a estrutura física, eu acho que tá legal, tem um espaço bom pra discussão, é, acho que a estrutura física tá funcionando legal, tem um espaço legal pra trabalhar, a gente tem assim, um apoio muito grande da secretária, a estrutura física até que está bem. (E4)”

“agora o conselho em si, o conselho é bem fundado nós temos reuniões todo mês, nós temos as nossas reuniões, temos uma sala de reunião, hoje nós conseguimos muita coisa que outros conselhos não tem, nós temos a nossa sala do conselho independente, temos ali, o Estado nos mandou três computadores, inclusive eu mesmo fui junto

com a secretária no Rio buscar um e ganhamos o ano passado o computador, impressora... temos a sala aberta aos conselheiros, a sala está aberta até as 18h, ela é aberta ao público, a pessoa se sente prejudicada, tem alguma reclamação, reivindicação qualquer coisa se ela não quiser falar com o conselheiro...(E2)”

Destaca-se também a existência de um profissional que auxilia, exclusivamente, o presidente do conselho e as comissões, desta forma possibilitando maior agilidade e registro de seu funcionamento.

Na proposição funcionamento do conselho, os entrevistados colocam que este tem por finalidade chegar mais perto da população, acompanhar os gastos públicos, assim como a oferta e qualidade na prestação de serviços. Concretizada nas fala de E4 e E2:

“Pra mim que eu defendo... o melhor plano de saúde que existe no mundo pra mim é o SUS, bem praticado e bem feito. Tô dizendo pra você funciona, pra mim é isso”. (E4)

“Bom, quer dizer o conselho municipal de Pirai, nós montamos, nós começamos um trabalho na gestão passada de fazer o conselho levar ele mais pra perto do usuário, o projeto foi montado, começou o ano passado uma gestão que tinha o nome de comissão de reclamações do usuário, que hoje é escuta, mudaram até o termo, e acolhimento, ouvir e acolher o paciente. Aí foi montado também dentro do conselho de saúde o segmento de fiscalização do plano das licitações, a licitação e a fiscalização do serviço.” (E2)

Para melhor operacionalização deste conselho, foram apresentados alguns pontos a serem observados: a qualificação do conselheiro obtida por meio de capacitação e participação nos processos decisórios da própria secretaria; a elaboração de políticas públicas, em atenção ao estabelecido para todo o território nacional e a instituição de comissões no início de casa mandato, conforme deliberação do CMS. Dentre as comissões, estão:

- I. Comissão de acompanhamento das licitações e financiamento da SMS
- II. Comissão de acompanhamento das obras da SMS
- III. Comissão de escuta acolhimento e ética
- IV. Comissão de acompanhamento do programa bolsa família, planejamento e promoção das atividades do CMS.

Destacando a fala dos entrevistados sobre as comissões supracitadas, apresentamos

os trechos abaixo:

“A licitação né, eu participei agora na licitação de obras, feito agora né, eu e Cemilto e verificamos tudo o que tinha que verificar aí... aí a gente vê que funciona mandaram me chamar pra mim ver como que era né, participar ali né da licitação né, assinar o documento todo né, pra proposta nós assinamos tudo e o acolhimento é o que mais funciona aqui né, o acolhimento é o que mais funciona, isso aí funciona mesmo, é lá em casa, o pessoal procura, a gente traz pra cá, eu venho aqui trago a pessoa de precisar tá resolvendo.(E3)”

“Por exemplo, na obra, que eu participava, toda obra que vem do município pro conselho de saúde, como nós tivemos uma obra grande, de porte grande e de um grande valor até pra saúde, que foi uma obra de esgoto e sanitário no bairro de Santa Tereza aqui em Piraí, onde não se tiver rede de colhimento de esgoto... cada um fazia sua redezinha, despejava de qualquer maneira, construíam, outros não tinham. Então foi um dos bairros que passava uma necessidade muito grande pro tratamento. Tinha várias infecções, devido aquele esgoto que corria pelo bairro, não tinha filtros... E nós acompanhamos essa obra desde a licitação, veio à licitação, o pessoal vem.” (E2)

“O acolhimento seria assim, era só reclamações, então fizemos escuta e acolhimento, nós escutamos todas as pessoas que precisam resolver alguma coisa né e acolher eles com mais... não tinha esse negócio de acolher a pessoa né, resolvia de qualquer jeito né, agora a gente acolhe eles aqui, a gente escuta o que eles tem pra dizer né, a gente ajuda pra poder resolver, procuramos as pessoas competentes né de cada área e se for necessário a gente pede o processo né, tem que ser... montar o processo aqui, levar pro hospital pra ver de direito alguém pra resolver isso. O mesmo foi mal atendido, foi recebido no posto de saúde, foi mal recebido no hospital, então, todos vem aqui, chamam a gente, tem gente que vai na minha casa, então eu venho pra cá com a pessoa, então vamos lá, não é aqui não, vamos lá na secretaria né, no conselho de saúde, ... explicando o que vai fazer o que não vai, então, funciona assim. (E3)”

“Nós temos reuniões mensais né, e o funcionamento, funciona desde que as pessoas procurem gente, traz tudo para o conselho e é levado para a secretária tudo o que se passa aqui tá, todo o processo, a gente monta o processo tá, se tiver uma visita pra ser feita, nós vamos atrás né pra ver o que tá acontecendo realmente, procuramos as pessoas de cada área pra resolver o problema.(E4)

“Então essas comissões que são montadas como bolsa família

que eu participei também, é uma comissão que eu não sei como ela está organizada agora, mas quando eu estava a gente quando... fora o governo mandava... oh nós temos 50 famílias que precisam ser analisadas, e precisam ser cortadas... a pessoa precisa apresentar uma nova documentação então vinha e nós saíamos em campo...(E2)”

Dentre as comissões que mencionamos anteriormente, destacamos a menção do entrevistado E1, o qual relata acompanhar e auditar o cadastro das famílias no Programa Bolsa Família.

“Tem pessoas que às vezes estão no Bolsa Família e não tem necessidade e às vezes tem um que precisa e não consegue. Aí a gente vai, faz o relatório e envia, manda pra cá pra saúde, aí a gente troca. Coloca aquele que tem mais necessidade e tira aquele que não tem. Tem pessoas que tem bolsa e até tem carro na garagem. E aqui no município o conselho acompanha mesmo”. E1

Ao relatarem a percepção que possuem sobre a vinculação do conselho com a população, encontramos a responsabilidade social, observada na fala de E2, *“então... é um conselho que tem bom respaldo, tem assim como é que vou dizer pra você... ele tem seriedade e com isso a gente consegue também com a população e até mesmo com gerente do posto que fica ali...”* e, confirmando a importância desse “respaldo” para a população, o mesmo entrevistado prossegue:

“nós participamos da licitação e a empresa que ganhou, isso é tudo fiscalizado ... documentos das empresas que se propõem, como que exige que tenha no mínimo três participantes. Caso não tiver, falte algum, a licitação é suspensa, até mesmo porque o conselho - a gente cobra muito, desde quando foi fundado.”

Em semelhança a essa responsabilidade, E5 faz menção às necessidades das pessoas, dizendo:

“O conselho funciona assim... por exemplo, nós observamos o que o paciente precisa, entendeu? Para lutar por ele nós vamos à secretária, daí nós fazemos os pedidos com ela... Por exemplo, remédio, ambulatorial, tudo nós vamos a ela... Quando a gente não consegue acertar no nosso bairro, porque nós temos o posto de saúde nos bairros, temos agentes de saúde em todos os bairros, nós temos

um principal que é no centro da cidade entendeu... o que a gente não consegue acertar lá, nós viemos pra cá...”

Ainda observa-se na fala dos entrevistados, a confirmação de corresponsabilidade dos conselheiros no processo licitatório:

“Caso não tiver, falte algum a licitação é suspensa, até mesmo porque o conselho a gente cobra muito, desde quando foi fundado é muito cobrado até mesmo por causa da prestação de contas que nós como conselheiros não temos salário e quer dizer nós nos dispomos a isso, mas se houver um problema maior depois com as prestações de conta, como o tribunal de contas já esteve em Piraí e tudo, quer dizer: nós vamos responder junto com a secretária. A gente realmente fiscaliza, nós temos na mão... fica tudo conosco, a cópia conosco, tá certinho? Está!... Nós assinamos juntos porque vem pra secretária e para que a secretária possa fazer o pagamento, então nosso nome tá ali também... Então a gente tem que prezar isso também...”

Na efetividade do controle social, as falas destes conselheiros apresentam detalhes de como se dá a prestação de contas:

“Nós participamos desde o primeiro piloto que colocaram na obra, por isso a gente é conselheiro. E isso nós ajuda também a passar para a população, porque tudo que você faz ali, nós fazemos um relatório que vem pro conselho, vira um processo e fica tudo nos arquivos. Nós temos tudo com fotos desde o acompanhamento, para que as pessoas que venham querer conhecer ou queiram... aquela fiscalização mesmo... está ali, então é onde levam as nossas assinaturas, mas o trabalho do conselheiro tem que ser um trabalho muito sério porque é responsabilidade que se tem.” E2

“O controle social... as pessoas dizem assim ah ...controle social... pra mim controle social... esse lápis pra mim é controle social, mas porque? Por que é dinheiro público, a secretaria de saúde... ah é só esse, mas eu vou comprar dez mil... lápis ou caneta. Eu vou dá pro médico, hoje eu vou dá uma caneta pro médico, amanhã ele já me pede uma, e depois mais... será que ele tá vendendo caneta? Sabe... isso é controle social, porque é um gasto, é dinheiro público, é o dinheiro que eu aprovo dentro do conselho municipal de saúde... Então qualquer coisa que envolve gasto público pra mim é controle social e é controle social. Porque as pessoas não veem isso de outra forma, depende do que se ver o que é o controle social.” E4

4.2 As percepções dos conselheiros sobre a experiência de acompanhamento e controle das contas públicas pelo Conselho Municipal de Saúde da SMS -Piraí.

Nas respostas à indagação sobre a percepção dos conselheiros com relação à experiência de acompanhamento e controle das contas públicas pelo Conselho Municipal de Saúde, verifica-se a existência de um processo de trabalho organizado, o qual direciona essa ação em etapas distintas, como a análise, acompanhamento e avaliação.

A análise é feita em relação à proposta, processo por processo, envolvendo o gasto estimado, o material utilizado, dentre outros, conforme as descrições de alguns entrevistados apresentadas a seguir.

“A gente vê processo por processo, se o conselho concordar, se o conselho também não concordar a gente diz não. Sabe, porque a gente não é obrigado de estar concordando... Então eu acho assim muito importante o conselho, porque é uma abertura, a gente vê como que está sendo administrada a verba pública... A gente acompanha tanto no conselho de saúde como nas audiências, em tudo a gente participa... Tem uma reunião que eles colocam o data show passando e explicando, o que foi envolvido aquela... Qual foi a outra... Eu acho muito importante a participação”. (E1)

“tem, por exemplo, a comissão de obra, então cada um vai lá e acompanha, a equipe toda vai, fotografa. Faz o relatório e passa para reunião do mês aqui da secretária, todo mês tem uma reunião.” (E5)

O acompanhamento relaciona a execução da obra com a proposta de pagamento, mediante a confirmação dos conselheiros, como apresentado no depoimento de E4 e de E2:

“Tem a parte que faz parte de licitação, então, nós observamos o seguinte, nós vamos lá identificar o trabalho entendeu? Se tá bem feito ou não. Se o dinheiro está sendo investido... naquilo realmente. Por exemplo, agora vai ter uma obra lá em Santa Anézia, de um posto novo, então a comissão de obras vai lá identificar como está sendo as etapas... então, por exemplo, preparou o terreno, então é tanto... nós vamos lá conferir, depois, fez a sondagem do terreno, nós vamos conferir entendeu, tomamos conta. Daí tá certo? Paga aquela etapa, então é por etapa.” (E4)

“São feitas licitações, a empresa ganha, a obra começa, o primeiro pagamento feito na gestão de obra no conselho de saúde é mandado, por exemplo, a obra, então quando a pessoa ganha a

licitação tá lá... tantos por centos da obra concluída X de dinheiro... Então quando chega nesse ponto... nós sabemos que lá tem 500 mil reais pra fazer um posto de saúde como a obra de esgoto de Santa Tereza... a obra começou, quarenta dias depois houve uma medição pra pagamento da empresa então vamos lá... teve uma reunião a secretária chamou, olha a obra está nesse ponto, vamos fazer o pagamento tal dia, dia cinco, hoje dia 30 precisa que a comissão vai lá fiscalizar a obra pra realmente vê se está em condição de ser paga. Inclusive nessa obra tivemos problema no primeiro pagamento, que lá era um conjunto de três fossas, duas num lugar e o cara botou medição para receber as três e mandou pra cá...o engenheiro da prefeitura, chegamos no local, voltamos e demos para secretária não está concluído o que está no papel, dois dias depois nós fomos chamados de novo e o engenheiro veio e foi conosco no canteiro de obra pra ver onde não tinha conclusão, aí nós mostramos, que obra eu não sou muito leigo como o seu L. também, entendo um pouco... as pessoas que fazem parte das comissões, são escolhidos os que tem alguma noção sobre aquilo entendeu? Pra não ficar muito vago não é? pelo menos uma pessoa tem que ter alguma noção. Aí viemos, fomos lá com o engenheiro – ah! mas está chegando hoje. Amanhã estarei colocando, vocês liberam para a firma pagar antes até do dia 5? Não nós... eu não faço, eu não assino... Quando foi no dia 5, eles nos chamaram aqui pra ir fazer a vistoria, a fossa e tudo, e quando chegamos lá, estava no local e nós assinamos, eles foram receber lá pelo dia 15. Então é aonde a secretária só paga depois que a comissão de obras, as que eu participei só foram pagas mediante ao controle do conselho, o controle de fiscalização, então demos o aval, pode pagar.” (E2)

A prestação de contas contábil - financeira é realizada em Assembleia, com a participação de todo o conselho e com a colaboração do setor de finanças. A aprovação só é concretizada quando há consenso da maioria, conforme regimento interno do CMS.

“As contas do dinheiro que vem e o que sai - o controle que nós temos é feito nas nossas reuniões mensais e o controle das contas é feito a cada três meses. É feito uma prestação de contas com uma reunião e quando não dá aqui na nossa sala, fazemos no CEDERJ que tem uma sala ampla, boa. Aí nos é colocado o pessoal da finança que vem coloca no quadro, no computadorzinho e lança as contas.” (E2)

“Esse dinheiro eu acho não, tenho certeza que já foi no passado até que é até uma obrigação... é uma obrigação com o tesouro federal e até com o municipal... Onde essas contas sendo aprovadas, agora que eles arrumaram um sistema melhor de se entender que já dá para você ver com mais nitidez, com mil, gastamos cem aqui, cem ali, vinte cá, duzentos aqui e temos um saldo onde tivemos que recorrer o dinheiro que está depositado, então as contas

ficaram mais fáceis, no final é passado para que a plenária concorde e assina. Quem concorda assina, que não concorda não assina, põe não. Sim ou não é um direito do conselheiro e nós debatemos. Porque isso? A prestação de contas aqui é bem clara e ela só é aceita se tiver uma unanimidade do conselho assinar.” E2

Ao relatarem essa experiência, os entrevistados falam também do acesso que a população tem a toda documentação, como explica E4:

“Olha, eles prestam conta todas as reuniões, em toda reunião é prestado contas então, eles dão pra gente todo informativo e assim, desde a disposição que a gente pode vir aqui a hora que quiser, você entendeu? Toda hora tem alguém preocupado pra acompanhar tudo que a gente quiser, então eu acho que não tem nada a esconder porque nunca proibiram de nada, se quiserem mexer nas contas, o único lugar que vocês não podem entrar é no centro cirúrgico né, mas aqui dentro, vocês podem entrar em qualquer área, em qualquer setor, fazer pesquisas que quiser, verificar qualquer tipo de documento...”

Além das obras, o conselho também participa das licitações, inclusive para compra de medicamentos. Nesse processo, o conselheiro tem a oportunidade de conversar com as empresas fornecedoras, questionando o não cumprimento do contrato e as penalidades aplicadas pela SMS, nesse contexto. Porém, isso não elimina o problema, uma vez que a descontinuidade no fornecimento de determinados itens, permanece.

“Nós fazemos também uma fiscalização dos PSF's quanto a compra dos remédios [...]. A falta do remédio não é culpa da secretaria, não é culpa do setor de compras, é parte da empresa que fez a licitação e ganhou e aí o que que nos fazemos? O conselho agora tem uma fiscalização da licitação que toda empresa que vem participar nós fazemos um levantamento dela se ela já em algum tempo atrás depois de cumprir alguma coisa de alguém ou contrato, se atrasou muito no fornecimento de remédio. Porque tanto o fornecimento do remédio ou da obra quando atrasa, o remédio principalmente pra proibir isso das empresas a secretaria de saúde põe uma multa, tem uma multa no contrato, multam os caras, que o paciente tá na fila esperando o remédio, os caras tem uma obrigação de... Nós compramos o remédio, ele tem que chegar para o paciente tomar, não vem, o paciente não se cura e a secretaria fica tomando paulada direto, porque abonou os três meses ou eles cumprem uma coisa e depois não entrega, aí tem que fazer um novo processo, uma nova licitação e comprar tudo de novo. Então essa empresa não vem mais, quando aparece, opa essa risca não vem mais, tá fora. Nós estamos com um controle rígido, bem sério sobre isso, mesmo assim ainda temos alguns probleminhas aí, entendeu. É assim que se faz o

controle que nós temos feito aqui.” (E2)

Outro elemento que emerge da fala dos entrevistados aponta para a informação sobre a prestação da assistência à saúde da população conforme apresentado no depoimento de E4:

“Eu acho assim, eles estão todo mês na reunião, é passado tudo, sobre doenças que tem no município, está vendo, os tratamentos que são feitos, em tudo, em vigilância sanitária, toda gestão da saúde, nós temos tudo, desde a última reunião, fui pra casa com um bloco de quase 500 folhas com tudo que eles deram, passando números, valores, eles passam tudo, tudo que é feito com dinheiro da saúde é passado pra gente.”

4.3 Possibilidades e dificuldades do controle social para assegurar governança na gestão municipal em saúde.

No que tange à contribuição do controle social para assegurar a governança na gestão municipal em saúde, os conselheiros falam de forma clara sobre a participação da população por meio de seu segmento, assegurando o acesso às contas públicas e demais resultados da gestão, tanto em audiência pública, quanto no Conselho Municipal de Saúde. E ainda a participação de conselheiros na execução da gestão, por meio das comissões de acompanhamento e monitoramento.

“eu acho assim, eles estão todo mês na reunião. É passado tudo sobre doenças que tem no município. Os tratamentos que são feitos em tudo. Em vigilância sanitária, toda gestão da saúde, nós temos tudo. Desde a última reunião fui para casa com um bloco de quase 500 folhas com tudo que eles deram, passando números, valores, eles passam tudo. Tudo que é feito com dinheiro da saúde é passado pra gente.” E4

Outro entendimento de garantia da governança é levantado por um dos entrevistados, quando o mesmo reconhece o SUS como o melhor plano de saúde existente.

“pra mim, o que eu defendo....o melhor plano de saúde é o SUS, bem praticado e bem feito. Tô dizendo pra você funciona, pra mim é isso”. E2

No que se refere às dificuldades, podemos citar a complexidade da gestão pública, em especial da gestão do SUS, fato este, identificado na realização das entrevistas. Muitas das vezes, percebemos que os conselheiros tinham dificuldades em entender o que estava sendo

abordado nas perguntas.

4.4 As lições aprendidas com a experiência de participação do Conselho Municipal de Saúde do SUS em Pirai.

Ao compartilharem as lições aprendidas na efetiva participação no Conselho Municipal de Saúde, os entrevistados relatam que a qualificação do conselheiro seja pela vivência ou pela participação em cursos de aperfeiçoamento, trouxe uma melhor capacidade de compreensão de seu papel social, com a possibilidade de representar melhor a população.

O papel exercido, enquanto conselheiro, no atendimento às necessidades da população e na relação com a gestão municipal traz crescimento e conhecimento das dificuldades vividas no cotidiano da administração pública.

Neste sentido, destacamos as falas abaixo:

“O conselheiro ajuda muito a gestão municipal e a gestão de saúde fazendo o papel dele principalmente na sua unidade... mas eu não me prendo só na minha, como eu sei como que é a minha eu vou nas outras comunidades grandes também, então eu sei os problemas que nós temos...” E2

“... a função do conselheiro eu acho que ele ajuda demais a gestão tanto da saúde como do governo municipal porque nós trazemos as nossas necessidades e com isso eles veem onde vão aplicar, onde está sendo importante aplicar a verba. Então a função do conselho é essa ajuda mútua, quando está sendo estruturado assim, a porta está aberta ao público, podem vir pro que quiser e nós ajudamos.”E2

Ao analisarmos as falas descritas anteriormente e observarmos os conselheiros afirmando que ajudam na gestão, podemos afirmar que esses conselheiros já se apropriaram da participação social.

No depoimento a seguir, evidenciamos na fala do entrevistado, a percepção do conselheiro acerca da necessidade de parceria com outras secretarias, no intuito de garantir a integralidade da atenção.

“uma senhora tava aqui, porque ela tava com um problema de saúde e ela tinha outros problemas juntos, então acaba que você se envolve em várias coisas, então, eu acho assim, o conselho de saúde, ele tá agindo em várias áreas pra criar um controle.” E3

Complementando as lições aprendidas, os entrevistados revelam que a tendência do SUS é de melhorar cada vez mais e que a participação do conselho se constitui em inovação na gestão em Saúde.

“Eu creio sabe... que a tendência é só melhorar mais e mais. Porque o SUS é igual ao plano de saúde... porque o SUS ultimamente está prestando a mesma assistência à população e antes não, que era uma coisa reservada. Para fazer uma tomografia antigamente era um bicho de sete cabeças, agora hoje é possível através da nova gestão do SUS... essa participação, esse vínculo que a gente consegue muito bem isso... acredito que é inovador.” (E1)

“O SUS é inovador, porque uns tempos atrás não tinha isto e hoje tem, nós temos com quem reclamar e antigamente não. Antigamente o SUS, antigamente o INPS se você não fosse fichada você não teria o direito pra ir ao consultório, hoje o SUS dá esse aval para todos os cidadãos ele tem direito de ir e vir em qualquer parte, desde que ele saiba entrar e sair, certo?” (E5)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre a participação do conselho municipal de saúde na gestão do SUS em Pirai demonstra a desenvoltura de uma prática democrática legitimada pela Constituição Federal e Lei Orgânica da Saúde. A participação do controle social como um dos pilares do SUS tem sua funcionalidade construída pelo coletivo que participa ativamente deste espaço político e social.

O processo de trabalho empreendido pelo Conselho Municipal de Saúde de Pirai, caminha, conforme os relatos, na direção de uma certa qualificação e ampliação das possibilidades do exercício do controle social.

Este Conselho lança mão de comissões para as quais são eleitas pessoas legitimamente, com a assunção de compromisso na sua execução conforme mandato.

Está apontada na história contada pelos personagens do processo, em que estrutura física, espaço de funcionamento independente da máquina administrativa e processo de trabalho são instituídos, visando melhorar a atuação do controle social.

A alteração de uma Comissão nomeada inicialmente como de reclamação, e que se transforma posteriormente em Comissão de Escuta e Acolhimento; a clareza da atribuição do acompanhamento de uma obra pública dão sinais da ampliação da percepção destes atores quanto à sua importância enquanto sujeitos efetivos da construção do Sistema de Saúde local.

Nessa diretiva, o conselho se coloca como corresponsável pela ação da Secretaria de Saúde, na medida em que não só acompanha, fiscaliza, monitora, audita, como assina a execução da ação.

A qualificação desses atores e o estímulo ao funcionamento com garantias quanto a estrutura física e de recursos que assegurem as ações do conselho, tem relação direta com a relação estabelecida entre o gestor e o controle social neste caso.

Correlacionando algumas lições aprendidas com o conceito de cidadania, há neste processo um fomento pelo Estado, representado pela gestão que vem estimulando sua participação no fazer saúde no município. De certa forma, o exercício da cidadania é construído através do fomento pelo ator que “representa” de alguma maneira o Estado.

É possível considerar que esse estímulo traduzido na valorização de recursos materiais e operacionais e do estímulo à formação deste conselheiro produz qualificação e aprendizado. No entanto, há uma apropriação destes atores, a medida que se ocupam da tarefa de incorporarem seu papel de ator potente na defesa do direito à saúde da população.

Mais que um apêndice da Secretaria de Saúde, já que houve um estímulo por parte

desta, este Conselho avança no cumprimento de seu papel social. O acompanhamento das contas públicas, ao visar as etapas de análise, acompanhamento e avaliação, sustenta o cumprimento nem sempre estabelecido de funções primordiais de atribuição do controle social.

Se o conceito de cidadania remete à negatividade histórica do exercício de cidadania no Brasil, percursos vão sendo construídos e contados. A parceria estabelecida entre gestor e o controle social sugere a construção política que deve ser recriada a cada momento da história de uma sociedade para chegar a uma cultura cívica que é base para a cidadania.

Talvez, mais que um estímulo de uma parte e a solidificação de um grupo, possamos pensar num processo coletivo, em que gestor e cidadão, não são opostos, mas atores potentes num trajeto comum que tenha o exercício de cidadania como fundamental para a garantia de governabilidade. E contextualiza o processo de garantia do direito à saúde como complexo e coletivo.

Um desafio a ser pensado são as formas de garantir que a qualificação deste percurso, não se perca, independente da mudança de atores. Mas que a apropriação do conselheiro acerca de seu papel fundamental na garantia do direito à saúde, seja solidificada como cultura local.

Essa vivência traz como inovação para uso na gestão pública, a auditoria participativa, considerada um avanço na legitimidade de todo o processo do exercício político e consequente de cidadania. Os sujeitos revelam que a participação do conselho de saúde na gestão é concretamente observada no controle dos gastos públicos e da atenção a saúde da população de Pirai.

Ao analisarmos a totalidade do material empírico, observamos que o CMS de Pirai tem atuação para além do controle em si, pois têm representado em seu cotidiano, ações que demonstram o idealizado pela inscrição do usuário enquanto membro do conselho e assim sujeito ativo na construção de sua própria saúde.

Entendemos que a gestão em saúde tem sua legitimidade assegurada quanto à funcionalidade e organização nos moldes legais com atenção as necessidades da população a que serve e representa. Assim podemos inferir que a auditoria participativa constitui-se em inovação na gestão do SUS.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1994.

BARROS, E. D. O Controle e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: Incentivo à participação popular e controle social no SUS (Textos técnicos para conselheiros de saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 05 de outubro de 1988.

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/91, Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/92, Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/93, Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/96, Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). 2.ed. atual. ampl. São Paulo: Hucitec, 1995.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAÍ. Resolução Nº 005/2005, de 17 de janeiro de 2005. Regulamenta a instituição e funcionamento dos conselhos gestores de unidades de saúde. Conselho municipal de saúde de Piraí, Piraí. 18 de Janeiro de 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 333. Brasília, 4 de novembro de 2003.

DICIONÁRIO DE SOCIOLOGIA. Porto Alegre: Editora Globo, 1961.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1995, p.105-113.

GONH, M. G. Conselhos populares e participação popular. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 34,1992.

JACOBI, P. R. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. Ciência e Saúde Coletiva, v. 7, n. 3, p. 443-454, 2002.

LEOPARDI, M. T. Metodologia da Pesquisa na Saúde. Santa Maria: Pallotti, 2001, p. 193-278.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.

SANTOS, B. de S. & AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. de S. (org.) Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

OLIVEIRA, Lucia Conde de and PINHEIRO, Roseni. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2455-2464. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500020>.

ANDRADE, Daniela Meirelles; CASTRO, Carolina Lescura de Carvalho and PEREIRA, José Roberto. Cidadania ou "estadania" na gestão pública brasileira?. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2012, vol.46, n.1, pp. 177-190. ISSN 0034-7612. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122012000100009>.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia**. 6. ed. São Paulo: Cortez. 1993.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia** . In: *Crítica y emancipación : Revista latinoamericana de Ciencias Sociales*. Año 1, no. 1 (jun. 2008-). Buenos Aires : CLACSO, 2008- . -- ISSN 1999-8104.

Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/CyE/cye3S2a.pdf>
Red

CARVALHO, J. M. . Cidadania no Brasil: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. v. 1. 236 p

CARVALHO, José Murilo de. Publicado no Jornal do Brasil em 24/06/2001, p.8
http://www.ifcs.ufrj.br/~ppghis/pdf/carvalho_cidadania_estadania.pdf

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do Projeto: **“Auditoria Participativa na Gestão em Saúde do Município de Pirai – Rio de Janeiro”**

Pesquisador responsável: **MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA**

Instituição a que pertence o pesquisador responsável: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO – INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

Telefones para contato: (24) 99114350

Nome do Voluntário: _____ Idade: ____ anos R.G: _____

O Sr(a) está sendo convidado (a) a participar da Pesquisa **“Auditoria Participativa na Gestão em Saúde do Município de Pirai”**, de responsabilidade da pesquisadora Maria da Conceição de Souza Rocha.

A pesquisa aqui apresentada tem como objetivo geral: descrever a experiência de acompanhamento e controle das contas públicas pelo Conselho Municipal de Saúde da SMS - Pirai.

A presente pesquisa não oferece riscos ou danos físicos, econômicos ou sociais. Caso o Sr. (a) tenha qualquer dúvida relacionada a pesquisa, poderá entrar em contato com o pesquisador, por telefone ou pessoalmente. O pesquisador garante o acesso às informações atualizadas durante todo o estudo.

Sua participação é voluntária, de maneira que o (a) Sr (a) está livre para retirar este consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. As informações relacionadas à sua privacidade serão mantidas em caráter confidencial.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado (a) e concordo em participar como voluntário (a) da pesquisa acima descrita.

Pirai, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável por obter o consentimento

APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista

1. Como está estruturado o conselho municipal de saúde e como é o funcionamento da estrutura desse conselho?
2. Fale um pouco das experiências de acompanhamento de licitações, orçamento, compras, como se dá, o controle das contas públicas?
3. Qual é a importância pra gestão municipal da participação do conselho nesses processos?
4. Em que aspectos essa experiência de fazer parte do conselho contribui para a gestão municipal?
5. Qual a importância para efetivação do controle social na gestão municipal?

ANEXO A – Modelo de Formulário de Reclamação do CMS de Pirai



Conselho Municipal de Saúde

Pirai
2012

FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO

<p>Conselho Municipal de Saúde</p> <p>Protocolo nº _____</p> <p>Ass.: _____</p>

Nome: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

End.: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ PSF de origem: _____



ANEXO B – Modelo de Formulário de Visita do CMS de Pirai



Conselho Municipal de Saúde

**Pirai
2012**

FORMULÁRIO DE VISITA

Responsável pela família:

Pai: _____

Mãe: _____

Filhos: () sim () não Quantos: _____

End.:

_____ Bairro: _____

Cidade: _____ PSF de origem: _____



ANEXO C – Relatório da Comissão de Escuta e Acolhimento do CMS de Pirai



Conselho Municipal de Saúde

Relatório

Aos dez dias do mês de janeiro de 2012 recebemos a **Sra. CHIRLENE REGINA PEIXOTO DO NASCIMENTO**, residente e domiciliada a Rua do Campinho nº 201 – Bairro Sossego II, que veio reclamar quanto ao problema de seu filho “**REGINALDO LUCAS DO NASCIMENTO**”, de 08 anos, que aguarda há algum tempo cirurgia para remoção de verrugas nas costas (fotos anexo). Ocorre que ela sempre tem procurado pela Unidade de Saúde da Casa Amarela quanto a cirurgia de seu filho, e não está tendo resposta. Informou ainda que foi orientada a procurar o Conselho Tutelar para tentar solucionar o problema e também o Conselho de Saúde. Diante de seu relato foi feita visita em sua residência, onde além do problema de saúde, constatamos que existem outros problemas sociais como por exemplo a mãe mora em uma casa precária necessitando de orientações.

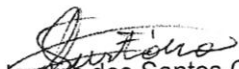
Sugerimos que a Sra citada seja orientada pelos profissionais do **NASF** – visto que a condição social é muito precária. Necessita ser orientada quanto a higiene e outras atividades laborais. Também fomos informados pela Sra. CHIRLENE que está grávida de 04 semanas. Constata-se assim a necessidade da visita pelo agente de saúde de sua área juntamente com a Assistente social do **Núcleo de Apoio ao Saúde da Família** devido a sua vulnerabilidade social, para que possa ter um atendimento equitativo de qualidade.

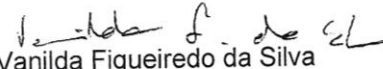
Solicitamos ainda que após os procedimentos seja dada ciência ao Conselho Municipal de Saúde, para que juntos possamos garantir um atendimento humanizado a cidadãos usuários do Sistema Único de Saúde.

(24) 9244-2052 /9259-9376

Pirai, 10 de janeiro de 2012.

Comissão de Escuta, Acolhimento e Ética


Janaira dos Santos Custódio
Conselheira Mun. de Saúde


Vanilda Figueiredo da Silva
Conselheira Mun. de Saúde


Semilton Alves dos Santos
Conselheiro Mun. de Saúde

ANEXO D – Relatório da Comissão de acompanhamento de obras - I



Conselho Municipal de Saúde de Pirai

Processo nº 01691/2011

RELATÓRIO

Em atenção ao despacho de fls. 14, segue manifestação acerca da defesa apresentada pela empresa DELTATEC SERVIÇOS LTDA.:

Suscita a empresa que a demora para o início das obras se deu em função do fato do Município não ter retirado os entulhos que se encontravam no terreno (paralelepípedos).

Contudo, não consta nos autos qualquer documento que comprove tal alegação, tendo a contratada se limitado a dizer que tais contatos foram feitos com o servidor municipal João.

Quanto à necessidade de escavação com martelletes, como dito pela empresa, deveria o responsável pela obra ter comunicado tal fato à Administração, o que não foi feito à época, sendo impertinente, portanto, esta justificativa para o atraso.

Cumprе não olvidar que, não obstante a empresa ter afirmado que a instalação de água e esgoto já ter sido providenciada, em nova visita realizada no dia 04/08/2011 esta Comissão de Obras verificou inexistir qualquer rede de água e esgoto no local.

Ressalte-se, por oportuno, que nas duas visitas efetivadas pela Comissão, se constatou que, aproximadamente, apenas 05 (cinco) funcionários trabalham efetivamente na execução da obra, não havendo a disponibilidade do quadro de funcionários, tal como exigido pelo Edital e pela Lei.

Diante de tais divergências, sugerimos que seja designada uma reunião especial para tentar solucionar o problema, a qual poderá ser realizada no próximo dia 12/08/2011, às 10:00 hs., oportunidade na qual trataremos dos seguintes assuntos:

[Handwritten signatures and initials]



Conselho Municipal de Saúde de Pirai

- elaboração de novo Cronograma Físico Financeiro, a fim de adequar a execução ao prazo contratual;
- adequação do barraco da obra, sanitários, rede e esgoto, quadro de funcionários, e demais assuntos que sejam porventura levantados pelas partes.

Essas são as informações.

Pirai, 05 de agosto de 2011.

JANDIRA DOS SANTOS CUSTÓDIO

VANILDA FIGUEIREDO DA SILVA

SEMILTON ALVES DOS SANTOS

DEMIL MACHADO DE SOUZA

ANEXO E – Relatório da Comissão de acompanhamento de obras - II***Conselho Municipal de Saúde de Pirai***

Processo nº 01691/2011

Relatório

Aos vinte e cinco dias do mês de janeiro do corrente ano, os representantes da comissão de acompanhamento de obras da Secretaria Municipal de Saúde, estiveram na obra de Construção da Unidade de Saúde de Santanésia, com a presença do Engenheiro da Secretaria Municipal de Obras Sr. João.

Considerando o que foi apresentado a esta comissão e mediante planilha disponibilizada constatou-se que as medições precisam ser refeitas e que não sejam pagas:

- Aluguel de andaime;
- Embolso c/argamassa de cimento e areia 1: 4, esp. 1,5cm, incl. chapisco de cimento e areia 1:3, esp. 9 mm;
- Contra piso, base com 3,0 cm;
- Aduela de canela de 13 x 3 cm;
- Alizar de canela de 5 x 2 cm;
- Tubo pvc sd p/água fria c/diâmetro de 32 mm, incl. conexões e emendas, excl. abert. e fecham. de rasgo;

- Tubo pvc sd p/água fria c/diâmetro de 40 mm, incl. conexões e emendas, excl. abert. e fechamento de rasgo;
- Tubo pvc sd p/água fria c/diâmetro de 50 mm, incl. conexões e emendas, excl. abert. e fechamento de rasgo;
- Tubo pvc sd p/esgoto e águas pluviais c/diâmetro de 50 mm, incluindo conexões e emendas;
- Tubo pvc sd p/esgoto e águas pluviais c/diâmetro de 100 mm, incluindo conexões e emendas;
- Tubo pvc sd p/esgoto e águas pluviais c/diâmetro de 100 mm, incluindo conexões e emendas;
- Tubo pvc sd p/esgoto e águas pluviais c/diâmetro de 150 mm, incluindo conexões e emendas;
- Colocação de reservatório de fibra de vidro ou semelhante com 100 ml;
- Abrigo p/ 2 botijões de gás de 13kg, excl. ligações dim. De 1,00 x 0,50 x 0,80m, em alvenaria de tijolo;
- Quadro de distribuição de energia de embutir p/instalação de até 24 disj. c/dispositivo p/chave geral;
- Madeiramento p/cobertura em quatro ou mais águas, em telhas geram., em maçaranduba aparelhada;
- Cobertura em telhas cerâmica;
- Cumeeira p/cobertura em telhas cerâmica.

Observações:

Esta comissão observou que de 25 funcionários propostos pra obra, só se apresentaram 8 funcionários, o embolso falta mais ou menos uns 60% para ser realizado, contra piso não foi feito, telhado da varanda não foi feito, existência de cupim em algumas peças de madeiras, estando peças novas estocadas no local e o encarregado Sr. Rojan afirmou está com dificuldades na obra devido a quantidade de funcionários disponibilizada.

Solicitações:

Diante do que foi exposto, esta comissão solicita a Sra. Maria da Conceição de Souza Rocha-Secretária Municipal de Saúde que notifique a empresa Deltatec Serviços Ltda que se manifeste quanto a evolução e ao prazo de entrega da obra, caso não seja atendida que tome devidas providências judiciais cabíveis.

Piraí, 26 de janeiro de 2012.

Tatiane Marques Silveira Demil Mochala de Souza
Vanilda F. da Silva _____

Comissão de Acompanhamento das Obras
Secretaria Municipal de Saúde

**ANEXO F – Relatório de Visita da Comissão de acompanhamento do Bolsa Família,
Planejamento e Promoção das atividades do CMS de Pirai**



Conselho Municipal de Saúde de Pirai

Relatório de Visita

Aos vinte e sete dias do mês de abril a - **Comissão de Acompanhamento do Bolsa Família, Planejamento e Promoção das Atividades do Conselho Municipal de Saúde** esteve na Jaqueira e no Varjão realizando uma visita 07(sete) famílias, descritas abaixo:

VARJÃO:

C.F N° 1772413224 End.: Rua II, 9 Varjão

- Josina de Freitas Oliveira DN: 26/09/1962 49 anos Aux. doença
- Carolina Grazielly de Freitas Moreira DN: 26/12/1985 26 anos Cart. assinada
- Thiago Vanderson de Freitas O. N. Lem DN: 02/02/1989 23 anos Cart. Assinada
- Diego Fernando de Freitas Barbosa DN: 13/03/1992 20 anos Desempregado
- Maria Eduarda Freitas Rodrigues DN: 23/12/2004 07anos Menor
- **Pedro Henrique Freitas Silva DN: 29/05/2011 11 meses Menor**

Obs: Casa modesta, responsável pela família possui uma deficiência devido a Síndrome de Guilambaré a mais ou menos 10 anos.

Conclusão: Necessita de reavaliação do benefício

C.F N° 598611770 End.: Rua I, 155 Vila Ubiracy, Varjão

- Antônio Fernandes de Oliveira DN: 28/11/1977 34 anos Cart. Assinada
- Claudete dos Santos DN: 12/11/1982 29 anos Do lar
- Eliseu dos Santos DN: 03/07/1999 12 anos Menor
- Eric dos Santos Oliveira DN: 04/05/2002 10 anos Menor

Rua Moacir Barbosa nº 73 - Centro - Pirai / RJ - Cep: 27.175-000
Tel / Fax: (24) 2411-9351 e-mail: conselhodasaude@pirai.rj.gov.br

PIRAÍ
Modernidade com Qualidade de Vida
S A Ú D E

PIRAÍ
Modernidade com Qualidade de Vida
S A Ú D E

C.F Nº 1596191147 End.: Rua II, 49 Jaqueira

- Joelita da Conceição Barbosa DN: 29/07/1974 37 anos Doméstica
- Julho César Figueiredo da Silva DN: 08/08/1982 29 anos Cart. Assinada
- Yuri Barbosa Batista DN: 22/04/2001 10 anos Menor

Obs.: Encontramos Yuri sozinho em casa, nos informou que a mãe estava trabalhando em Pirai numa casa de família e o pai numa Fazenda.

Conclusão: Necessita de uma visita social para posterior reavaliação do benefício.

acabou
Choupe Pereira
~~Yuri Barbosa Batista~~
alibona
João F. de S.

Comissão de Acompanhamento do Bolsa Família

ANEXO G – Documento da Comissão de Licitação do CMS de Pirai



Conselho Municipal de Saúde


Comissão de Licitação

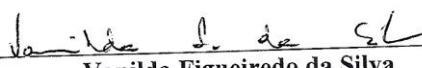
Aos quinze dias do mês de abril do ano dois mil e onze a Comissão de Licitação da Secretaria Municipal de Saúde, em audiência de licitação para a construção da Unidade Saúde do distrito de santanésia, os conselheiros, *Semilton Alves dos Santos e Vanilda Figueiredo da Silva* que acompanharam todo o processo apurou-se o seguinte:


- 1 – que somente uma empresa se apresentou;
- 2 – os envelopes estavam lacrados;
- 3 – que a empresa esta habilitada com toda a documentação em dia, o que é previsto em lei;
- 4 – que possui condições técnicas para realizar a obra, obtendo todos os equipamentos e estrutura;
- 5 – Com Sede no Município de Quatis e filial em Volta Redonda.

Constatamos que toda a documentação da empresa apresentada são originais e seu representante legal estava apto a representar a empresa. O valor estima da obra é de **RS 463.506,45 (quatrocentos e sessenta e três mil quinhentos e seis reais e quarenta e cinco centavos)** com prazo de 180 dias de obra (seis meses). Ao abrir o envelope verificamos que o valor apresentado pela empresa apresentada e vencedora é o mesmo valor do estimado. Verificamos a planilha e cronograma da obra com os valores a serem pagos mensalmente. Por ser verdade nós da Comissão de Licitação assinamos o presente relatório.

EMPRESA: DELTATEC SERVIÇOS LTDA
VOLTA REDONDA – RJ


Semilton Alves dos Santos
Conselheiro Mun. de Saúde


Vanilda Figueiredo da Silva
Conselheira Mun. de Saúde


Jandira dos Santos Custódio
Conselheira Mun. de Saúde