

Roseni Pinheiro

Conselhos municipais de saúde: o direito e o avesso



**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.**

**Orientador: Madel Therezinha Luz
Co-Orientador: Kenneth Rochel Camargo Jr.**

**Rio de Janeiro
1995**

PT
1463

CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: O DIREITO E O AVESSE

por
Roseni Pinheiro

Dissertação apresentada como requisito
parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Madel Therezinha Luz
Co-Orientador: KenneTh Rochel Camargo Jr.

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto de Medicina Social
1995

T
238
ex. 2

Resumo

A participação e o controle social no processo de planejamento e gestão pública são freqüentemente identificados pelos movimentos sociais como condição requisito indispensável para a consolidação da democracia. O Estado brasileiro determina, no marco da lei, a criação de instancias colegiadas destinados a possibilitar, em âmbito municipal, a participação e o controle social na operação do Sistema Único de Saúde - os Conselhos Municipais de Saúde.

Este trabalho pretende analisar os Conselhos Municipais de Saúde integrando abordagens político-institucionais, dado o interesse central em discutir as bases do processo de descentralização nas políticas de saúde.

O presente texto compõe-se de três segmentos: a) análise conceitual da participação e controle social; b) descrição do referencial metodológico e c) análise da prática corrente dos Conselhos Municipais de Saúde em três localidades do estado do Rio de Janeiro: Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus de Itabapoana.

Résumé

La participation et le controle social sur les processus de planification et gestion publique sont fréquemment considérés par les mouvements sociaux comme condition indispensable pour la consolidation de l'ordre démocratique. L'État brésilien a des lois qui déterminent la création des "Conseils Municipais de Saúde", organismes destinés à rendre possible à l'échelle locale de la participation et le controle social sur le système de santé.

Ce travail a pour but analyser les "Conseils Municipais de Saúde" en utilisant des approches politiques et institutionnels, car on considère l'importance de la discussion de bases de processus de décentralization dans la politique de santé courante au Brésil.

Le texte se compose de trois parties: a) analyse conceptuelle de la participation et du controle social; b) description de la méthodologie adoptée et c) analyse des pratiques courantes des "Conseils Municipais de Saúde" en trois villes de l'état du Rio de Janeiro: Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus de Itabapoana.

Agradecimentos

Se no processo de realização deste trabalho existiram momentos em que o isolamento se impôs como necessário para sua elaboração, surgiram outros em que a presença de amigos e companheiros foi extremamente essencial e revitalizadora.

Portanto quero deixar aqui o registro do meu reconhecimento aqueles que participaram de uma etapa fundamental de minha vida, contribuindo, seja direta ou indiretamente, para sua finalização.

Quero agradecer, em primeiro lugar, aos professores: Madel T. Luz - pela sua atuação como orientadora, pelos momentos de paciência e tolerância nas muitas discussões, permitindo a conclusão deste trabalho; e ao Kenneth Rochel Camargo, meu co-orientador e amigo, que acompanhando ininterruptamente a construção deste estudo, se situou não somente como professor brilhante (de quem tenho orgulho de ter sido aluna), mas como referencial de vida.

Também gostaria de agradecer aos professores do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em especial a Rubem Mattos (leitor rigoroso, que conseguiu de maneira espetacular diferenciar a crítica da amizade), Eduardo Levcovitz, Mario Roberto Dal Poz, Mario F.G. Monteiro, Reinaldo Guimarães, George E. Kornis (não menos rigorosos, contribuindo em diversas fases deste trabalho).

Agradeço aos meus colegas da Pós-Graduação: Rosângela Caetano, Carlos Otávio Reis e Fátima da Silva, pelo permanente incentivo e trocas enriquecedoras.

Agradeço à equipe da Coordenadoria de Campi Regionais da Universidade do Estado do Rio Janeiro, Celia Maria L. de Souza, a Carlos Antero Gaspar Ulm da Silva, Ana Silvia Gesteira, aos professores João Regazzi Gerk (coordenador), Thales Pontes Luz (coordenador substituto), Tereza Cristina Ydalgo de Brito Ribeiro, Fernando Julio Magri Ribeiro, Sergio Albieri, Sonia M. Sauer e Antonio Cesar Pereira Velho, pelo carinho e o incentivo constantes.

Reiterados agradecimentos aos Professores Thales Pontes Luz, pelo permanente estímulo em realizar o Mestrado em Saúde Coletiva e a João Regazzi Gerck, pelo auxílio na elaboração deste trabalho, sobretudo pela oportunidade de ter contato com um dos melhores projetos acadêmicos desta Universidade - o Internato Rural, por ele idealizado. As experiências nestas localidades, atuando como pesquisadora em diversos estudos, foram decisivas para incluí-las como campo de investigação deste trabalho.

Quero registrar o apoio fundamental de Tania Maria Tavares da Costa, Maria Aparecida Leite, José Carlos Moreira da Silva (corpo administrativo do Instituto de Medicina Social), Marco Antonio Steimbeck (informática), Regina Helena Tinoco Amato, Rosane Bueno e Ana Cristina da Silva (bibliotecárias).

Agradeço ao corpo técnico-administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis, à Secretaria Executiva e membros do Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis, pelo empenho no fornecimento das informações. Mais uma vez (e sempre) obrigada.

O mesmo deve ser dito ao corpo administrativo da Secretarias Municipais de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana e Resende e aos Conselheiros de Saúde.

Agradeço por fim ao Instituto de Medicina Social pelo apoio institucional na realização deste trabalho, na figura do seu diretor professor José Carvalho de Noronha. À CAPES/ENAP pelo financiamento deste estudo, através do seu Programa de Apoio à Pesquisa em Administração Pública.

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre me apoiaram na trajetória da minha vida, procurando ensinar que para viver não basta ver o direito das coisas e sim o seu avesso, mesmo porque o “avesso” e o “direito” podem ser provisórios....

Dedico-o, ainda, aos profissionais e moradores dessas localidades, que de uma forma muito particular buscam melhores dias. Forma essa, não menos verdadeira que muitos se negam a reconhecer, seja por ingenuidade ou por não *poder*.

SUMÁRIO

Apresentação	07
PARTE I	
CAPÍTULO 1	
A Descentralização e os Conselhos Municipais de Saúde: dos preceitos legais à institucionalização dos conselhos municipais de saúde	13
CAPITULO 2	
Participação e Controle Social: delimitando conceitos	22
PARTE II	
CAPITULO 3	
Estratégias Metodológicas e a Trajetória da Pesquisa	33
CAPITULO 4	
Histórico Institucional dos Conselhos Municipais de Saúde	40
CAPÍTULO 5	
Dinâmica de Funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro	55
PARTE III	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
BIBLIOGRAFIA	95
ANEXOS	
1. Quadro sinóptico das atividades do Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis	100
2. Quadro sinóptico das atividades do Conselho Municipal de Saúde de Resende	102
3. Quadro sinóptico das atividades do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana	105
4. Quadro da Composição dos Conselho Municipais de Saúde de Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus de Itabapoana	106

Apresentação

Os temas controle social e participação no planejamento e gestão das políticas públicas ocupam, desde o início do processo de transição democrática na década de 80, o primeiro plano dos discursos políticos, ganhando também, progressivamente, mais espaço na agenda acadêmica.

O setor público de saúde incorpora pioneiramente no seu arcabouço jurídico-legal a criação de órgãos de natureza mista, destinados ao exercício do controle e participação no planejamento e gestão da saúde local - Os Conselhos Municipais de Saúde.

As finalidades e atribuições destas instâncias estão, em tese, claramente definidas no conjunto de regras e normas legais que as estabelecem¹. Definidas como instâncias políticas, com poder de decisão, têm na sua composição representantes de instituições e segmentos sociais que possuem uma lógica própria de atuação, portanto com estruturas específicas de poder e decisão que deverão relacionar-se entre si.

Considerando o contexto dessas relações que envolvem as diversas estruturas de poder, e que são ocultadas pelo aparato constitucional, é que este estudo tem como objetivo geral investigar as estruturas de poder existentes no interior desses conselhos. Objetivando também analisar se as experiências ali desenvolvidas determinam novas práticas no setor, ou seja, se os Conselhos Municipais de Saúde contribuem para a construção de formas efetivamente democráticas de planejamento e gestão pública, abordando-se aqui especificamente a área da saúde.

Para a realização desta análise privilegiou-se a institucionalização dos Conselhos de Saúde em três localidades no estado do Rio de Janeiro: Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus de Itabapoana.

A primeira questão que se coloca, neste caso, é a criação dos Conselhos de Saúde como forma de assegurar o processo de redemocratização do Estado, servindo

¹ Constituição Federal, 1988; Lei 8080/90 - Publicada no D.O.U de 20 de setembro de 1990 ano CXXVII - número 182- e Lei 8142/1990 de 28 de dezembro de 1990.

como instrumento de denúncias e combate às desigualdades sociais e controle de gestão pública.

Tal questão vem sendo apontada como resposta a uma demanda dos movimentos sociais por um espaço regular para o exercício do controle dos serviços e na gestão das políticas de saúde. Este argumento é consubstanciado pela proposta de Reforma Sanitária, discutida por segmentos da sociedade civil e Estado na segunda metade da década de 80. O que resultou numa nova concepção sobre direitos de cidadania, incluindo o direito à saúde, que foi consolidada na nova Carta de 1988. Pela primeira vez na história do país a saúde é vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania².

A importância e a peculiaridade dos Conselhos de Saúde está justamente na natureza mista de sua composição, diferenciando-os das demais instâncias de representação e controle público. O que de antemão nos permite visualizar, ao menos esquematicamente, três atores sócio-políticos importantes: *o Estado, o setor saúde e sociedade civil*.

Convém aqui abrir um parêntese sobre estes atores sócio-políticos: o Estado tende a ser visto como pólo aglutinador de uma sociedade onde a organização se dá numa malha social que abarcaria as instituições políticas e civis³; o setor saúde é compreendido como um conjunto de Instituições Médicas, que abarcariam todas aquelas vinculadas à organização disciplinar, à conservação e recuperação dos corpos, entendidas como conservação e recuperação de capacidade de trabalhar (aqui incluem-se desde as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos até as Faculdades da área biomédica)⁴; e a sociedade, que seria, segundo Cardoso como um amálgama de grupos que se não são desconexos, ligam-se por interesses que independem das posições de classe⁵.

² Luz, M.T. Notas sobre Políticas de Saúde no Brasil de "Transição Democrática" - Anos 80. Revista PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva: Rio de Janeiro. vol.1, numero1, 1991

³ Cardoso, F.H. - *Autoritarismo e Democratização*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975

⁴ Luz, M.T. *As Instituições Médicas - Instituições e Estratégia de Hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

⁵ Cardoso, F.H. *op.cit*, 1975

Entretanto, a criação desses órgãos não é fruto de um movimento isolado e sim de um conjunto de fatores que geraram a necessidade cada vez maior do reconhecimento da cidadania e justiça social. Os direitos de cidadania, especialmente o "direito a saúde", estão explicitados legalmente, através da Constituição de 1988, restando-nos agora a questão de como garanti-los de fato e (porque não) de direito. Para isso tornam-se necessários mecanismos de controle social realmente eficazes, que sirvam de instrumentos de reconhecimento e efetivação desses direitos. Mas o que importa é o que consideramos como direito à saúde. Se entendermos que para exercer tal direito é necessário o sujeito/usuário, teremos então um detentor de necessidades, com duplo ônus: além de possuir a necessidade, deve gastar um sobreesforço em criar uma solução para atendê-la.

Obedecendo a uma lógica de livre mercado, e considerando os princípios da auto-regulação, teremos uma relação "fornecedor-consumidor", onde a exigência seria a demonstração da incompetência da "Pesquisa de Mercado" em atender as expectativas do "freguês". Porém, para permanecer nesta lógica, seria necessário que o produto "saúde" fosse um produto individual (não coletivo), o que na verdade não é. Sendo assim, a saúde é uma questão de vida, e por isso requer um padrão de vida público e social.⁶

A utilização desta classificação do Estado como "fornecedor" de políticas públicas, que provocativamente foi citada no início deste texto, tem como objetivo forçar uma reflexão sobre a possível inclinação de se transformar a relação cidadão/Estado em "fornecedor-consumidor", na qual se instaura uma ordem particular e não universal.

Esta visão de saúde tem sido freqüentemente reiterada quando se vinculam medicamentos ou tratamentos à idéia de mercadorias consumidas, ou seja, "produto-saúde". Com isso tende-se a moldar o imaginário coletivo, transformando-se a saúde e a doença em verdadeiros símbolos de consumo, o que indubitavelmente reduz a real

⁶Sposati, A & Lobo, E - Controle Social e Políticas de Saúde. *Cad. de Saúde Pública*. vol.8 numero.4. out-dez, 1992, 366-378.

dimensão política dos componentes do conjunto de políticas sociais, não só no plano individual, mas também coletivo. Concebendo-se tal lógica, corre-se o risco de naturalizar a doença e as carências sociais como coisas previstas ou "descuido do destino". Sposati & Lobo concluem que passa a ser normal ficar doente e consumir um "comprimido de saúde".⁷

Na verdade o que se quer dizer aqui é que o direito à saúde é muito mais que um direito ao consumo do produto saúde, sendo necessário transcender a idéia de democratização do consumo da assistência a saúde, e se criar um espaço cada vez maior de discussão da saúde como direito (de cidadania) e serviço (público).

A outra questão refere-se à administração pública. A ordem normativa configurada pela administração pública encarna modelos burocráticos autoritários, afirmando em seus meandros o poder dos técnicos e da tecnocracia, componentes limitadores da ampliação e consolidação do regime democrático.

BORJA⁸, ao discutir a administração pública, afirma:

"o desenvolvimento da administração pública, pela multiplicidade e complexidade de seu intervencionismo na vida econômica e social conduz à rigidez uniformizadora, à burocracia pesada, à insensibilidade social. Os partidos políticos, por seu lado, convertidos em máquinas eleitorais que selecionam quadros para as instituições, vêm-se acometidos por vícios similares. O Estado torna-se mais opaco e insensível".

O peso dado a essa burocracia talvez tenha como maior ingrediente a corporativização técnica, que numa relação bastante próxima aos "cartéis", oligarquias e segmentos da tecnoburocracia, conseguiu aglutinar interesses particularistas numa ordem de poder centralizada e autoritária, isto em prol da intocabilidade estrutural do "Saber - Poder", que ao longo dos anos tem-se fortalecido, em particular nas instituições.

Estas relações tem exercido sobre a sociedade civil e o patrimônio público "efeitos perversos", que atingiam a grande maioria excluída e despossuída,

⁷ Sposati, A & Lobo, E. *op.cit.*, 1992

⁸ Borja, J. A participação cidadina. *apud* Neto, J.M.- Descentralização e Democracia - Tópicos de um debate. *Saúde em Debate* n.33 . CEBES:Londrina, 1992.

favorecendo uma minoria que detinha o poder econômico e político no cenário brasileiro ⁹.

Com o não reconhecimento de interlocutores políticos válidos por parte da aparato estatal, gerou-se a exclusão de saberes não oficiais, privilegiando aqueles saberes (ditos técnicos) que, em nome de uma enorme experiência (ou poder), mantinha uma ordem burocrática estruturalmente intocável e fechada. Estrutura caracterizada pela tendência ao centralismo, ao verticalismo e a concentração de poder institucional, que acabava por reproduzir um ordem burocrática semelhante à ordem social vigente. Esta reprodução, especialmente na área de saúde, permanece até hoje nos serviços nos seus diversos níveis, como se “engessada” fosse, incapaz de conceber qualquer possibilidade de discutir cidadania e seus direitos.

Tende-se a pensar que a ausência de uma cultura democrática junto aos “laços” (ou anéis) burocráticos estabelecidos constitui um verdadeiro desafio, que deverá ser objeto de reflexão quando da realização de qualquer análise sobre as instituições.

A relevância dos estudos sobre instituições na área de saúde fica patente a partir do entendimento destas questões. No caso específico deste estudo, o objetivo é investigar instâncias do Estado, neste caso os Conselhos Municipais de Saúde, integrando a abordagem da análise de instituições¹⁰ à identificação de estruturas de poder no interior desses conselhos, a partir do processo de descentralização da saúde no âmbito local.

Este trabalho foi estruturado em três partes, divididas em cinco capítulos. Na primeira parte será apresentada em que circunstâncias históricas originaram-se os conselhos, a relevância deste estudo para o campo atual e a discussão sobre aspectos teóricos, delimitando-se conceitos sobre participação e controle social. A segunda parte, que consta do capítulo 3, discutem-se os objetivos específicos do estudo, a

⁹ Luz, M.T. As relações entre Burocracia - Aparato Estatal e a Sociedade Civil - na sociedade brasileira a partir das Políticas Sociais: possibilidades e limites de generalizações na América Latina. Analisando-se o caso das Políticas de Saúde. 1990. *mimeo*.

¹⁰ Luz, M. T. *op. cit.* 1986.

abordagem metodológica e a trajetória da pesquisa; no capítulo, 4 realiza-se um histórico institucional dos Conselhos Municipais de Saúde em cada localidade estudada. A análise da dinâmica do funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde foi discutida à luz das categorias - participação e controle social - elaboradas como estratégias metodológicas da investigação, sendo apresentadas no capítulo 5. Por fim na terceira parte são feitas as considerações finais a partir dos resultados do estudo.

PARTE I

CAPÍTULO 1 - Descentralização e os Conselhos Municipais de Saúde: dos preceitos legais a institucionalização dos Conselhos Municipais de Saúde

Os anos 80 presenciaram um elenco de significativas e profundas transformações no sistema de saúde brasileiro. Tais transformações ocorreram num contexto de crise político-econômica de características estruturais, que determinou o início do enfraquecimento da intervenção estatal no processo de desenvolvimento brasileiro, sobretudo nas questões sociais. (Fiori, J.L. & Kornis, G.E.M., 1994)

Esta crise, reflete os efeitos "globais"¹¹ de uma nova ordem internacional que se estabeleceu a partir da década de 70, a qual enunciaria a crise dos Estados Nacionais e as tendências de globalização financeira internacional. Esses efeitos se fizeram sentir tanto na economia quanto na política mundial, especialmente nos países periféricos. (Tavares, 1993)

Braga, ao discutir o capitalismo brasileiro dos anos 50 aos 80, afirma:

"A economia brasileira ingressa, nos anos 80, numa acentuada crise econômica e instabilidade estruturais. [...] a instabilidade e a crise de natureza estrutural, vão expressar-se através da aceleração inflacionária, do enfraquecimento da situação cambial, da recessão inédita e principalmente de um padrão de crescimento apoiado nas articulações solidárias entre Estado, as empresas multinacionais e empresas privadas nacionais". (Braga, 1988)

Sobre o plano político Draibe realiza a seguinte leitura:

"o acirramento da crise econômica em sua fase aguda, entre 1981 e 1983, corresponde a um período de distensão política, onde se destaca o compromisso do governo Figueiredo, com um "processo de abertura lento, gradual e seguro", iniciado no período anterior. Essa liberalização do regime permitiu ampliar os canais de vocalização dos interesses das classes subalternas, implicando na emergência de se pressionar pela inclusão na agenda estatal, de um conjunto de políticas que aplacassem ou mesmo revertissem os efeitos perversos da crise, no plano dos salários e dos empregos,

¹¹ Ver Tavares, M.C. & Fiori, J.L. *(Des)Ajuste Global e Modernização Conservadora*. Rio de Janeiro: Paz e Tera, 1993.21 e Fiori, J.L. & Kornis, G.E.M. - *Além da Queda: Economia e Política numa Década Enviesada* in: *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80* - org. Reinaldo Guimarães e Ricardo A. W. Tavares. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1994.

associados a um conjunto de políticas sociais e dos setores mais efetivos."(Draibe, 1990:14)

Neste período, a organização do sistema brasileiro de proteção social vivia um movimento de centralização e de fragmentação do tipo burocrático e autoritário que evitou a participação de sindicatos, partidos e movimentos sociais em todos os domínios das políticas sociais. Desta forma, estiveram suprimidos os mecanismos de controle público, levando o sistema de proteção social a apresentar no início dos anos 80 todas as formas de desordem institucional, desorganização administrativa, fraudes e corrupção. (Draibe, 1989:37)

Tais efeitos evidenciavam o esgotamento do modelo de desenvolvimento econômico brasileiro dominante - o Estado desenvolvimentista brasileiro. Como resultado observa-se um quadro de recessão e desemprego, com a população vivendo em condições de desigualdade, de injustiça e exclusão. (Brasil 1993:2; Draibe, 1990 e Fiori, J.L. & Kornis, G.E.M.,1994).

No campo das políticas sociais a situação também dava sinais de crise. Na saúde, especificamente, prevalecia uma política privatizante e ineficaz, resultante de um processo de massificação da atenção médica, através da "compra" pelo Estado de serviços médicos. A crise das políticas públicas e de saúde mobilizou vários segmentos da sociedade, num grande movimento popular que reivindicava novas políticas sociais que assegurassem plenos direitos de cidadania. (Luz,1991:83)

O país desde então iniciou um processo de reorganização, com mudanças lentas e graduais no campo político. A partir das eleições de 1982, o diálogo entre as forças políticas mais conservadoras e moderadas trazia um elenco de propostas que pretendiam a ampliação da "abertura democrática".

No Brasil deste momento, as políticas públicas ganham maior expressão no cenário político nacional, tornando-se um catalisador de propostas modernizantes e democratizante do Estado, o que favoreceria o estabelecimento de uma "nova ordem republicana". Ordem essa que, desde a sua origem, na primeira república, já possuía na estrutura as marcas do autoritarismo, que aglutinava interesses sociais específicos

particulares e contraditórios entre si. Interesses esses que se manifestavam de diferentes formas nas políticas sociais.

No caso da saúde, as divergências e as obstruções foram freqüentes; tome-se como exemplo a reforma sanitária, que tinha no bojo de sua proposta mudanças estruturais que contrariavam frontalmente interesses particularistas, internos e externos às instituições de saúde. Destaca-se aí o confronto de interesses políticos e econômicos na luta pela ocupação de diferentes espaços institucionais na prestação de serviços na área da saúde. Nesse momento vivia-se um processo de transição de regime ditatorial para um regime democrático, o que demandaria capacidade, tanto no campo político, como no campo econômico, de superar os problemas sociais e políticos historicamente herdados, bem como sustentar - o processo de transição - nas suas transformações. (Luz, 1991:85).

Mesmo diante de um processo acelerado de desagregação das bases sociais no regime militar e das manifestações oposicionistas, o processo de transição para uma ordem institucional democrática ocorreria sem ruptura com a ordem institucional anterior, sem romper os limites de uma "transição controlada". (Salum, Martins e Graff, 1986).

Não obstante os antagonismos e divergências entre os discursos e as normas, pode-se verificar nesse período o surgimento de algumas práticas institucionais, e a oportunidade a afirmação de outras, nos domínios da participação popular em serviços de saúde e da descentralização institucional. (Luz, 1990:85).

Em 1983, a sociedade (especialmente os sindicatos, partidos de oposição e movimentos sociais urbanos), reagem frontalmente aos efeitos da crise. Luz aponta para esta questão quando analisa o período de 1964-1984, denominado pela autora de período militarista e do "milagre brasileiro":

"a sociedade civil organizada desceu às ruas para pedir, junto com um Congresso firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar os direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde, visto também como dever do Estado.

Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como direito universal, isto é, como dimensão social de cidadania".(Luz, 1990:83)

A conscientização por parte da sociedade civil do papel da saúde na vida coletiva constituiu-se num fator preponderante para que se pudesse vislumbrar uma reforma sanitária no país.

A partir de 1984-1985, inicia-se um processo de transição democrática, então denominado de "Nova República, que tem no processo de eleições (indireta) de candidatos civis a presidência da república e, sobretudo na convocação da Assembléia Nacional Constituinte, um campo fértil para as discussões sobre a reorganização e a democratização do Estado brasileiro."(Noronha, J.C & Levcovitz, E, 1994:85).

No bojo de suas propostas, o governo da Nova Republica apresentava uma política de saúde que favoreceria a descentralização dos serviços municipais e distritais, por meio de programas-piloto, estimulando as administrações municipais a formular e implantar políticas sociais, numa redefinição de papéis junto a administração federal. Destacam-se, neste período duas ações implementadas pelo governo: a primeira refere-se a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), a partir de 1985, designada como estratégia inicializadora do processo de descentralização e unificação dos sistema de saúde brasileiro; e a segunda, em 1987, diz respeito a formulação e implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), representando um processo de modificações no processo decisório do sistema de saúde, sendo uma dessas a formação de órgãos colegiados nos níveis de governo (CIPLAN, CRIS, CIS E CIMS¹²). (Luz, 1991:85; Neto, 1991:58; Noronha, J.C & Levcovitz, E, 1994:91).

Em que pese a utilização do tema da descentralização, desde o final do último governo Vargas, nos anos 50, nos discursos reformistas da política de saúde, este é recolocado no contexto das transformações políticas do país, na década de 80, como

¹² CIPLAN= Conselho Interinstitucional de Planejamento, CRIS = Comissão Regional Interinstitucional de Saúde, CIS = Comissão Interinstitucional de Saúde e CIMS = Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde.

um elemento importante no processo de democratização das políticas de saúde. Tal tema tinha como proposta um reordenamento e reorganização institucional, a partir de uma nova concepção de descentralização institucional. (Luz,1991:91)

Faz-se mister citar um marco fundamental na trajetória da transição, que foi a realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde, onde se consagrou o projeto de Reforma Sanitária no país, representando um avanço técnico e um pacto político, amplamente legitimado pelas forças sociais representativas do conjunto da sociedade.

Concomitantemente às discussões no setor, via-se a Assembléia Nacional Constituinte ratificar as conquistas no campo das políticas públicas, fruto dos movimentos sociais nos últimos dez anos.

Inúmeros obstáculos e divergências foram impostos à consolidação destas conquistas, na tentativa de limitar às ações do projeto da reforma sanitária. Contudo, avanços foram obtidos, sobretudo com a incorporação de princípios fundamentais aprovados na VIII Conferência Nacional de Saúde.

Azeredo chama atenção para os avanços alcançados no texto constitucional:

"O novo texto constitucional consagrou avanços substantivos, o mais notável dos quais, a própria adoção do conceito de seguridade, englobando as áreas da saúde, previdência e assistência social. O significado destes avanços pode ser avaliado quando se contempla os seus princípios."(Azeredo, 1989:1)

Esses princípios baseiam-se na universalização da atenção à saúde, com um caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa. Na seção da saúde a universalização é reafirmada à medida que se garante toda população de um acesso igualitário às ações e serviços de saúde, a partir de uma nova estrutura para o setor, cujas às ações e serviços deverão ser integrados por uma rede regionalizada, hierarquizada de saúde, prestando assistência integral com participação da comunidade. (Teixeira, 1987)

Integra-se a este arcabouço a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, que, baseada nos dispositivos constitucionais, passa a delinear mais claramente, ainda que

não definitivamente, a estrutura do Sistema Único de Saúde, estabelecendo as novas atribuições de cada esfera de governo. O princípio da descentralização, citado no texto constitucional, transfere para a esfera municipal a maioria de suas ações e

serviços, ampliando deste modo suas atribuições, exigindo uma reestruturação político-administrativa para o exercício de um comando único em nível local. A descentralização encerra uma concepção estratégica para a construção do Sistema Único de Saúde. (Cordeiro, 1989)

Tal entendimento favoreceu a aproximação dos conceitos de descentralização e municipalização. Para Cordeiro:

"a municipalização da saúde é uma estratégia fundamental no processo da Reforma Sanitária, para que o Sistema Único de Saúde logre reestruturar as práticas de saúde garantindo a resolutividade, a continuidade e a eficácia das ações." (Cordeiro, 1989:6)

Ao mesmo tempo, foram surgindo interpretações sobre a definição de descentralização. De acordo com as teses defendidas pelo movimento da reforma sanitária, a descentralização das políticas públicas é vista como parte da questão mais ampla sobre descentralização e democratização do Estado.

Já para os movimentos sociais a descentralização implicaria, sobretudo, numa redistribuição de poder entre Estado e sociedade, mediante maior participação e controle social no planejamento e na ação governamental, ou seja uma democratização da gestão social.

O binômio descentralização e democratização começa a ser fortalecido pela possibilidade da sociedade participar democraticamente nos diferentes níveis e instâncias do sistema, propondo e controlando as ações planejadas de suas organizações e partidos políticos representados nos governos, nas assembleias e nas instâncias do Sistema Único de Saúde. (Neto, 1990:1). Criam-se os Conselhos Municipais de Saúde no âmbito do SUS, destinados ao exercício da prática participativa no interior do Estado, que serviriam de instrumento de denúncia e

combate das desigualdades sociais, com controle e participação social no planejamento e gestão da saúde local. (Sposati & Lobo, 1992:366-377).

Tal questão vem sendo apontada como resposta a uma demanda dos movimentos de saúde por um espaço regular para o exercício do controle dos serviços e burocracias da gestão da saúde. A necessidade crescente por democratização das relações Estado/sociedade, traz à tona questionamentos do Estado enquanto "fornecedor" de políticas sociais, *vis-à-vis* uma ordem política excludente (no plano sócio-econômico) e concentradora no plano político institucional) historicamente determinado.

No bojo desse movimento os Conselhos Municipais de Saúde ganham um lugar de destaque no debate sobre descentralização e democratização na saúde pública. Ramos, ao discutir esta questão destaca que os conselhos constituir-se-iam como instâncias de ação política, com a finalidade de ampliar o controle e participação social na gestão do Sistema Único de Saúde, juntamente com outros instrumentos participativos. (Ramos, 1990:1-5).

Do ponto de vista jurídico-legal os Conselhos Municipais de Saúde estariam garantidos quanto às normas básicas de funcionamento e o seu campo de atuação na esfera pública:

"Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde da instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cuja decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.[...] a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto de demais segmentos." (Brasil, 1988:114,1990:18)

As prescrições constitucionais que determinam a obrigatoriedade da existência dos conselhos municipais de saúde, entre outras exigências, destaca-os como condição "sine-qua-non" para os repasses de verbas no setor, entre as esferas de governo¹³. Tal

¹³ Ver Brasil, 1990 - lei 8142/90 - de 28 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre o repasse de recursos e a participação da comunidade.

condição resultou na instalação de vários conselhos em todo o país. Em recente pesquisa, sobre o funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, promovida pelo Conselho Nacional de Saúde/MS e patrocinada pelo Plano da Nações Unidas para o Desenvolvimento, concluiu-se que dos 3.376 municípios consultados, cerca de 2.108 ou 62% Conselhos Municipais de Saúde foram criados em todo país, entre os anos de 89 à 91. Dos 2.108 Conselhos legalmente constituídos cerca de 1.233 ou 58% informaram estar em funcionamento e 1.154 ou 55% têm se reunido. (BRASIL, 1993:335)

Entretanto, no decorrer deste período ocorreram reações contrárias à criação destas instâncias. Os movimentos populares de saúde reivindicavam a sua autonomia frente à organização estatal, através dos Conselhos Populares de Saúde. Sposati chama atenção para os efeitos nocivos da democracia participativa, que irrompe durante a "Nova República", denominado "participacionismo", que terminaria por transformar o "povo" em coisa que se põe em reunião, em assembléia, como se o "povo" passasse a ser uma presença que preenche espaços, mas que é congelada em sua capacidade de autoria histórica. (Sposati & Lobo, 1992:374)

Destaque-se aqui que, no processo de formação dos Conselhos Municipais de Saúde em 24 (vinte quatro) capitais do Estado Brasileiro, o poder público, principalmente através da ação das Secretarias Municipais de Saúde, foi o principal ator no processo de criação dos conselhos. Este fato é consubstanciado por casos declarados de "rejeição" à criação dos conselhos de saúde, envolvendo o Estado, por se julgar ser uma naturalização dos movimento sociais, ou mesmo, "atrelamento" do movimento reivindicatório popular à organização estatal. (Brasil, 1993:321; Mattos, 1989:153, Pinheiro & Dal Poz, 1994)

Dois fatos importantes devem ser ressaltados neste contexto: o primeiro refere-se à origem dos conselhos, pois esta proposta constituiu-se de acordo com os padrões burocráticos do Estado; e o segundo diz respeito à natureza mista de sua composição, reunindo agentes políticos de três segmentos importantes: da administração pública, do setor saúde e da sociedade.

É possível portanto, assinalar a existência concreta de um projeto que pretende a democratização do setor saúde, a partir do Estado. Mais além, um projeto que tem como proposta a criação dos Conselhos de Saúde no âmbito de sistema de saúde nacional, como um instrumento de denúncia, de combate às desigualdades e controle da gestão pública.

Quanto aos Conselhos serem instrumento de denúncia e combate das desigualdades sociais, trata-se da possibilidade de se estar diante da criação de mais uma instância política de oposição ou legitimação de projetos políticos, integrada ao corpo institucional, neste caso, da saúde.

Considerando-se que os Conselhos Municipais de Saúde são espaços instituídos e definidos legalmente como uma instância de decisão na gestão pública local, com representantes de interesses específicos, constituem-se portanto em um núcleo de poder. E este núcleo, integra-se à disposição de poder já existente, desenhando uma nova estrutura institucional. Torna-se relevante para o campo atual realizarem-se estudos sobre tais instâncias. Investigar os conselhos tem importância tanto no plano político, tendo em vista o conjunto de atores que integram estes órgãos, e a capacidade que estes atores isoladamente possuem de promover transformações no sistema, como no plano institucional, pela possibilidade do estabelecimento de novas práticas no processo de tomada de decisão na gestão e no planejamento local.

CAPÍTULO 2 - Participação e Controle Social na saúde: delimitando conceitos.

Os temas participação e controle social no planejamento e gestão das políticas públicas aparecem, desde o início do processo de transição democrática na década de oitenta, tanto nos discursos políticos, nos planos e programas nacionais, como na fala dos agentes sociais.

Alguns autores, ao analisarem a questão da participação, afirmam que a busca de formas de democratização das ações do Estado, através do que se tem chamado de participação no planejamento e gestão pública, decorre do fato da existência de um planejamento autoritário, centralizador e excludente. Este, por sua vez, é executado por um corpo de técnicos (tecnocratas) distanciados, prepotentes, que impõem direcionamentos de cima para baixo. (Demo, P. 1991, Mattos, R.1993)

Demo, por exemplo, discute esta percepção:

"(...) esta questão tem levado dirigentes a procurar caminhos alternativos do planejamento, ensaiando propostas mais transparentes de atuação pública, mas igualmente típicas banalizações, que vão desde uma nova linguagem de interperência manipulativa sobre as comunidades, até o cultivo de meros discursos" (Demo,1991:31)

Este autor explicita desta forma o que é participação:

"a participação é um processo de conquista e construção organizada da emancipação social". (Demo,1991:35)

Para o autor a participação neste conceito está vinculada à questão da política social, aqui entendida como um esforço planejado de redução das desigualdades sociais. Ora, as desigualdades sociais surgem nas questões de acesso, portanto pressupõem sempre uma questão de poder. A política social é distributiva, sobretudo redistributiva de bens e poder, o que implica num confronto entre possuídores e despossuídos. Como uma estratégia de redução de desigualdades, a política social,

assim como a participação, não deve ser entendida como algo concedido ou suficiente. (Demo,1991:33)

Cabe mencionar que os eixos fundamentais da política social encontram-se no campo sócio-econômico e assistencial que, seguindo uma ordem concentradora e excludente, reproduziu entre nós profundas desigualdades sociais.

A emancipação defendida por Demo, significa a redução das desigualdades através de um projeto dos próprios desiguais. Portanto a participação não poderia em si ser "planejada", o que coloca o Estado não como função essencial, mas subsidiária. Isto não quer dizer que seja impossível o Estado realizar um "planejamento participativo" mas este deve constituir-se numa das etapas do processo emancipatório.(Demo: 1991:34).

Destacam-se duas questões importantes na participação, que são a auto-sustentação e a participação da base. A questão da auto-sustentação implica que o movimento tenha o compromisso de gerar condições próprias de manutenção do movimento. Participação dependente é contrária ao movimento emancipatório. Embora tenha direito aos recursos públicos - porque estes provêm da população que trabalha/produz, o seu acesso deve significar oportunidade de emancipar-se, ou seja, usando o Estado, mas jamais tornando-se subserviente a ele. Ignorar a existência desses limites, significa submeter-se ao velho clientelismo, cercado de "benesses" e doações que determinavam uma ação enviesada do que aqui definiu-se por participação. Quanto à participação de base, na maioria das formas associativas, tem sua "energia" mais voltada para manipulações ou heroísmos das "cúpulas" ou "vanguardas" que as representam, do que propriamente para mobilização de bases, pois são raras as vezes que se consegue realizar uma assembléia geral representativa *strictu sensu*.(Demo,1991:35)

No que diz respeito ao controle social, é aqui entendido como controle democrático, ou seja, a possibilidade do povo influir e decidir sobre o tipo de sociedade e de desenvolvimento que aspira, além de manter um cerco de controle e

avaliação sobre os seus mandantes.¹⁴ Assim, a questão do controle social tende a apontar para uma contradição dialética importante. Esta contradição reside no fato que a pobreza política, representa um obstáculo ao exercício do controle democrático. A pobreza política de acordo com DEMO está "centrada sobre as dificuldades, os óbices e as precariedades do fenômeno emancipatório"¹⁵. Entre outras, são faces da pobreza política:

"o acesso aos serviços públicos: para o pobre, serviços pobres ou nenhum; condição histórica de "massa de manobra", de objeto de manipulação", reprodução da inconsciência política, que transparece em fenômenos como: visão da *res publica* como algo do Governo, analfabetismo, sobretudo o político; repressão a direitos fundamentais, como direito a sobrevivência mínima, educação, saúde ..."¹⁶

As injustiças sociais e econômicas no Brasil, tem reduzido a participação política das massas no decorrer da história concebendo um comportamento reverente e imbuído de sentimentos de alienação e ineficácia subjetiva.¹⁷

Quando se fala em participação política, há de se destacar que a cultura brasileira tem sido apontada como causa e efeito do funcionamento do sistema político¹⁸. Neste encontram-se os partidos políticos que concentram as ações políticas e as relações com o poder e o Estado.

De acordo com Chauí a formação dos partidos políticos deriva da posição propriamente política do poder, isto é,

"do surgimento do poder como obra das divisões sociais e da admissão dos indivíduos como unidades sócio-políticas que se fazem em sujeitos políticos pela intervenção em espaços públicos por intermédio de conflitos de opiniões e dos interesses consignados em associações partidárias."¹⁹

¹⁴ Ver Demo, P. Participação e Planejamento - arranjo preliminar. Rio de Janeiro: *Rev. Adm. Públ.*, v. 25, n.3, p. 31-54, jul/set, 1991

¹⁵ Ver Demo, *op.cit.* 1991

¹⁶ Ver Demo, P. *Pobreza Política*. São Paulo: Cortez, 1991, p.36

¹⁷ Souza, A. & Lamounier, B. A feitura da nova Constituição: Um Reexame da Cultura Política Brasileira. *Planejamento e Políticas Públicas*. n.2. dezembro de 1989. pag 17-38

¹⁸ Ver.Souza, A. & Lamounier, B. *op. cit.* p.19

¹⁹ Ver Chauí, *op. cit.* 285

Tomando-se esta peculiaridade da política brasileira, a discussão da participação e da representação evidencia uma estreita relação com a formação dos próprios partidos políticos.

Chauí aponta para esta questão quando caracteriza, a partir da análise das formações partidárias no Brasil, alguns “tipos” de representação. Dessa caracterização, destacam-se pelo menos três tipos: o primeiro é a representação de *estilo medieval e conservador*, onde a representação é praticada sob a forma de *favor* ou *exclusão* dos representados nas decisões políticas globais traço que prevalece no *partido clientelista*; segunda é um misto de estilos - o *estilo conservador* e o *estilo iluminista*, sendo que neste a relação com os seus representados é de *tutela*, característica do *partido populista*. Por último, o *estilo socialista*, que trata a idéia de representação como delegação e mandato imperativo, rotativa e revogável, de modo que o representante não representa um poder em geral nem uma razão em geral, mas reivindica *direitos concretos* de classes e de grupos; a representação ganha aqui um significado de uma expressão política de universalidade, como o direito de decidir e controlar a coisa pública em nome dos direitos coletivos dos excluídos, concepção que (talvez) caracterizaria os *partidos participativos*.²⁰

Por sua vez, as ações de planejamento e administração implementadas pelo Estado mostra um outro ponto de intercessão nesta discussão. Chauí cita a tecnicização administrativa da política, qualificando como fenômeno da *despolitização* da política, na medida que as ações surgem como completamente dependentes decisões técnicas, impedindo a intervenção direta ou indireta dos cidadãos no Estado.²¹

Sposati, ao analisar esta questão afirma que para exercer o controle democrático é necessário um “padrão de representatividade na construção, operação e gestão das políticas sociais”. Isto implicaria em reconhecer a existência de interesses, imaginários e representações sociais que determinam o modo de relação entre Estado e sociedade na utilização de serviços públicos. (Sposati & Lobo: 1992:376).

Dessa forma, a cultura torna-se um campo fértil para esse reconhecimento. Gramsci ressalta os aspectos culturais como um dos elementos de análise das relações

²⁰ Ver Chauí, M.S. *Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas*. 6a edição. São Paulo: Cortez, 1993 pgs. 292-301.

²¹ Ver Chauí, op. cit. 282

de classes, por ser a cultura um campo dotado de definições tanto das relações sociais, como da singularidade de grupos, classes e segmentos²².

Estas definições auxiliariam a compreensão das representações da população em torno das razões, motivos e percepções que levariam a procura de um serviço de saúde, ou senão ao consumo de serviços de saúde. Dessa idéia de consumo surge o termo medicalização, que consistiria na generalização da assistência médica como consumo, independente de sua demanda, ao mesmo tempo que se segue como padrão de resolução de problemas da vida cotidiana.²³

Ainda sobre o controle democrático, Demo chama a atenção para outra premissa substancial :

"o controle democrático necessita de governantes que se entendam como serviço público e considerem o controle democrático como regra essencial do jogo".(Demo,1991:37)

Faz parte desta perspectiva uma democracia efetiva, que não pode ser imposta ou mesmo outorgada constitucionalmente, devendo ser construída num processo cultivado e preservado, no quadro de uma sociedade civil multiplicadamente organizada e produtiva. Desta forma "o fenômeno associativo", sob todas as suas formas válidas, é fundamental, na medida que torna a democracia como parte do dia-a-dia e da identidade cultural de um povo. (Demo,1991:37).

Diante de um tema tão amplo e polêmico, Bobbio propõe uma definição mínima de democracia:

"o único modo de se chegar a um acordo quando se fala em democracia, entendida como contraposta a todas as formas de governo autocrático, é o de considerá-la caracterizada por um conjunto de regras (primárias ou fundamentais) que estabelecem *quem* está autorizado a tomar decisões coletivas e com *quais procedimentos*." (Bobbio, 1992:18)

²² ver Gramsci, A. *Concepção Dialética da História*. Ed. Civilização Brasileira. 1991. 9.edição

²³ Illich, I (apud). Adorno, R. *A trajetória do movimento e da participação: a conduta dos atores sociais na saúde*. Tese de Doutorado. São Paulo: USP - Faculdade de Saúde Pública. 1992

Weffort acredita ser importante a elaboração de critérios teóricos sobre o relativismo conceitual do termo democracia. Estes critérios constituem-se no miolo das regras institucionais. No caso da democracia representativa - toma-se como exemplo o Estado Brasileiro - as regras institucionais estão explicitadas na conceituação dos procedimentos que os cientistas políticos chamam de uma "definição mínima" de democracia: voto secreto, sufrágio universal, eleições regulares, competição partidária, direito de associação e responsabilidades dos executivos. (Weffort:1994:97).

Toledo lembra que a democracia representativa na ordem capitalista:

*"constitui e difunde a ideologia do Estado Neutro acima das classes e representante da totalidade da população"*²⁴

No entanto, a Constituição de 1988 torna-se a principal base institucional de uma "nova" forma de democracia: a democracia participativa. A convivência entre a democracia representativa e a democracia participativa constitui-se num fato recente na história política brasileira. Faz parte da concepção do Estado Moderno. Alguns autores definem o Estado moderno como espaço de lutas de classes, que revelaria a dualidade de poderes, materializando-se na correlação de forças entre classes e segmentos, e no seu interior as classes populares e trabalhadoras buscam conquistar posições e espaços políticos.²⁵

É no setor saúde que esta convivência parece ganhar expressão. No artigo 198 preceitua-se como uma das diretrizes das ações do serviços públicos de saúde, a participação da comunidade. Estabelece-se um arcabouço legal para o setor, institucionalizando conselhos colegiados nos níveis de gestão do sistema, que inclui representantes de instituições sociais em sua composição.

Por outro lado, Toledo indaga sobre a democratização do Estado como garante de acesso da sociedade a núcleos de poder do Estado.

²⁴Toledo, C. N. As esquerdas e a descoberta da democracia. in: *Anos 90: Política e Sociedade no Brasil*. org. Evelina Dagnino. São Paulo: Brasiliense 1994

²⁵ Ver Toledo, C. N. *op. cit.* 131

“cabe discutir se a democratização do Estado - na plena vigência da ordem capitalista - poderá permitir às classes populares e trabalhadoras alcançar e controlar os *núcleos estratégicos* do poder político”²⁶

Parece que a noção de direito expressa na Constituição de 1988 impõe a formulação de estratégias combinatórias, no que diz respeito à percepção social dos direitos de cidadania. Isto se reflete nas políticas sociais brasileiras como um todo; veja-se como exemplo o reconhecimento legal da concepção de saúde como direito civil. Como estratégia propõe-se a descentralização como eixo condutor das políticas públicas no processo de democratização do Estado.

2.2 Participação e descentralização

O Estado, nas sociedades modernas, tem uma importância fundamental e necessária, na medida em que, como se disse ao início, é um fornecedor de serviços públicos básicos, de acesso universal. Para Demo a palavra "público" significa duas características em particular: "acesso para todos e acesso incondicional"(Demo,1991:40). O papel do Estado concentra-se na equalização das oportunidades:

"no contexto de uma sociedade muito desigual, o Estado poderia ser instrumento de redução de tais desigualdades, à medida que, sob intenso controle democrático, trate a todos sem discriminação e sobretudo saiba empurrar os processos redistributivos de bens e poder". (Demo,1989:21).

Segundo Gramsci, o Estado não é um fim em si mesmo, mas um aparelho e um instrumento. Um representante de interesses particulares; não mais uma sociedade superposta a subjacente; tampouco é uma instituição permanente e sim transitória, destinada a desaparecer com a transformação da sociedade que lhe é subjacente.(apud Bobbio,1982).

²⁶ Continho, C. N. (apud) Toledo, C. N. *op. cit.* 1994.

Para Demo a sociedade atribuiu ao Estado tarefas executivas, estabelecidas no texto constitucional para o atendimento das necessidades básicas universais. Por sua vez o Estado deveria executá-las e não devolvê-las para sociedade. Isto não quer dizer que os direitos tenham o seu nascedouro no Estado, mas que seja ele (o Estado) um instrumento executivo, a serviço da sociedade. O que significa que serviços públicos de qualidade dependem do controle democrático, ou seja, a qualidade somente pode ser adquirida quando democraticamente exigida pelas bases organizadas. (Demo,1991)

Para exercer sua função de planejamento público social é necessário organizar adequadamente os serviços públicos em termos quantitativos e qualitativos, cuidar de sua instrumentação econômica e financeira, e avaliar os processos de acirramento ou redução das desigualdades.(Demo, 1991:43).

Esta forma de organização defendida por Demo tem a descentralização como eixo de novas práticas e métodos de planejamento público. No sistema de "proteção social" brasileiro, mais especificamente no que diz respeito a saúde, a descentralização encontra-se no texto constitucional, como um dos pressupostos para organização das ações e serviços de saúde com direção única em cada esfera de governo. (Brasil, 1992:7).

Entende-se aqui como descentralização um processo de transformação que envolve a redistribuição de poder e de recursos, redefinição das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento entre os níveis de governo e controle social.(Brasil, 1992:8)

Entretanto, Demo salienta que nenhum planejamento, por mais tecnicamente competente que seja, substitui um controle democrático exatamente por ser um serviço, um instrumento, viabilização. "Começa por não se meter a "fazer" (controlar) o processo de construção da cidadania de base".(Demo,1991:44)

Por fim, como questão também pertinente ao campo de investigação, resta abordar o papel da sociedade civil. Para Demo a sociedade "é o garante do Estado e

não o contrário" (Demo,1991:44). O seu papel, neste contexto, consiste na construção histórica de sua cidadania organizada e produtiva. (Demo,1993)

O autor defende a não dicotomia entre o Estado e sociedade, por entender que a sociedade está inserida no Estado, de acordo com seu papel momentâneo. Tanto Estado como sociedade possuem uma lógica própria:

"(...) tal lógica descreve um tipo de confronto dialético, pois o Estado facilmente volta-se contra ela, à medida que serve de concentração de bens e poder nas mãos da minoria, às custas da maioria". (Demo:1992,45).

2.3. Conselhos Municipais de Saúde: sociedade, Estado e saúde

Os Conselhos Municipais de Saúde foram criados como espaços formais de decisão na estrutura dos serviços de saúde municipal. Espaços esses de representação de interesses bastante heterogêneo: sociedade, Estado e saúde.

Como tal, os Conselhos Municipais de Saúde propõe-se a promover a discussão em saúde com objetivo de estimular a participação e efetivar o controle social. Utiliza-se de um padrão institucional existente no Estado, integrando a estrutura da administração municipal.²⁷

Composto por representantes indicados por entidades eleitas em seus fóruns individuais de discussão, os Conselhos Municipais de Saúde realizam reuniões por convocação do Secretário Municipal de Saúde. Reúnem-se nestes conselhos representantes de associações de moradores, de sindicatos, de clubes de serviços (Rotary Club e Lyons Club), de entidades patronais, da administração pública e dos prestadores de serviços de saúde.

Os Conselhos Municipais de Saúde assim definidos - como instancias de decisão, criadas e mantidas pelo Estado - trazem a tona a questão do poder, remetendo

²⁷ Ver Adorno, R. A trajetória da participação e do movimento: os atores sociais em saúde. Tese de Doutorado. Faculdade de São Pública/USP. 1993. e Conselho Nacional de Saúde - Relatório Final da Pesquisa Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde". Brasília. 1993.

à discussão sobre as relações sociais e de que forma seus conflitos (se eles existem) estão sendo expostos e tratados.

Resultam nesta forma de poder, tentativas de conjugação de elemento que lhe parecem essenciais: interesses, informação e recursos (no sentido econômico). Talvez seja a informação seu maior desafio.

A questão sobre o acesso e a difusão de informações à sociedade como prática e fortalecimento do processo democrático, vem sendo discutida, no sentido de delinear novas concepções sobre a comunicação²⁸.

No caso da saúde, a informação destaca-se como instrumento fundamental na ação nos diversos níveis de decisão institucional, tais como os Conselhos Municipais de Saúde, sobretudo na:

“definição de prioridades com relação à realidade da saúde que são muito singulares nos diversos cantos do país”²⁹

Reconhece-se também que a importância da informação, assim como da comunicação, transcende os aparatos de gestão pública, integrando o processo de construção social, sendo o principal ponto de discussão o papel da mídia³⁰.

“foi diagnosticado que a forma tradicional e predominante de organização da área de comunicação nas instituições atende a lógica de organização dos meios de comunicação de massa, isto é, procura-se atender à demanda de comunicação do próprios meios, no formato em que os meios são capazes de trabalhar-la: a lógica da informação como mercadoria. A lógica que deve-se procurar é a lógica da informação como bem público: como insumo, subsídio da participação no controle do sistema”³¹

Isto confluem para afirmação de Minayo, quando diz :

²⁸ Ver Pitta A.R. A Comunicação Serviços de Saúde|População: Modelos Explicativos e Desafios a partir de Discussões recentes. *Tese de Dissertação de Mestrado*. IMS/UERJ. Rio de Janeiro. 1994. e Relatório Final da Oficina: “Incentivo a participação popular e controle social em saúde”. Série Saúde e Movimento n.1 . ABRASCO. Brasília.1993.

²⁹ Ver ABRASCO. Relatório Final Oficina: “Incentivo a participação popular e controle social em saúde”. *Série Saúde e Movimento n.1* . ABRASCO. Brasília.1993.

³⁰ Ver Pitta, A.R. *op.cit.* 1994

³¹ Ver Relatório Final da Oficina: “Incentivo a participação popular e controle social em saúde”. Série Saúde e Movimento n.1 . ABRASCO. Brasília.1993.

“Não existem leis diferentes daquelas que regem a acumulação de capital. A esfera da produção, consumo e troca estão em permanente interação e são todos espaços históricos de investigação.”³²

É neste contexto da institucionalização dos Conselho Municipais de Saúde que se debruça este estudo. Pretende-se desta forma, ir além do que a estrutura formal (as normas assumidas - leis, estatutos e regimentos) explicita, objetivando analisar as normas não explicitadas. Segundo Luz:

“as normas não reveladas, frequentemente as mais importantes, pois apontam para as regras do jogo do institucional.”

³² Ver Minayo, C. *Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO. 2.edição. 1993

CAPÍTULO 3 - Estratégias Metodológicas e a Trajetória da Pesquisa

A partir dessas interpretações sobre participação e controle social da gestão pública, surge um problema: qual é a possibilidade do exercício do controle e participação no planejamento de sistemas de saúde locais através de órgãos como os Conselhos Municipais de Saúde?

O objetivo geral deste projeto é mapear e analisar as estruturas de poder no interior do Conselhos Municipais de Saúde em três localidades rurais do Estado do Rio de Janeiro.

Este trabalho tem portanto, dentro do seu campo de análise, os seguintes objetivos específicos:

- Identificar nos Conselhos Municipais de Saúde a existência de práticas de participação e controle social.

- Estudar a relação destas práticas como processo de tomada de decisão no planejamento e gestão da saúde em nível local.

Considerando em última análise os pontos anteriormente levantados, isto levaria à seguinte hipótese central: a) os Conselhos Municipais de Saúde não garantiriam um planejamento e gestão democrática da saúde no nível local, pois: b) quando se criam e mantém órgãos institucionais de decisão, de natureza mista - Estado e sociedade -, dentro do próprio aparato estatal, impossibilita-se a participação e o controle social efetivo no planejamento e gestão pública.

Para mapear e analisar as estruturas de poder dos Conselhos Municipais de Saúde, foram utilizados os parâmetros da abordagem de análise de instituições.

Esta abordagem, de acordo com Luz, possibilita ir além da descrição de sistemas de informações e decisões institucionais ou mesmo de traçar a historiografia do funcionamento das instituições. Em resumo, esta abordagem transcende o caráter tradicionalmente descritivo presente na análise institucional, permitindo uma análise especificamente política, e assim descobrir nas instituições sua densidade específica como modos de poder de um modo de produção social. (Luz, 1986:23)

Instituição tem, neste estudo, o significado de um conjunto articulado de saberes (ideologias) e práticas (formas de intervenção normatizadora na vida dos diferentes grupos e classes sociais). Instituição esta que viabiliza e mantém a hegemonia³³.

Ao construir este conceito, destaca-se o seu caráter de *transversalidade*, de acordo com a idéia anterior de que definiria as instituições como espaços tanto de pertencentes à infra-estrutura e à superestrutura, isto é transversalidade de instâncias (econômicas, política e ideológica), transversalidade de funções repressivas e persuasiva³⁴.

Os Conselhos Municipais de Saúde são instâncias criadas e mantidas pelo Estado através de suas representações, ou seja, as secretarias municipais de saúde. Por sua vez, a sua existência faz-se elemento obrigatório no fluxo decisório político e financeiro, sendo portanto um órgão de decisão em meio a tantas instituições que integram o que LUZ chama de *malha social*.

É possível admitir que estamos diante da construção de uma nova instituição, composta por representantes de instituições médicas, Estado, e sociedade. Entende-se aqui como Instituições Médicas aquelas que estão vinculadas à disciplina, à conservação e à recuperação dos corpos, entendidas como conservação e recuperação da capacidade de trabalhar (LUZ, 1986:51). Aí, estão incluídos hospitais, indústrias de equipamentos médicos-hospitalares, de fármacos, as faculdades de medicina, entre outras instituições.

Este argumento é consubstanciado pela observação do que 1.154 conselhos foram estruturados até o ano de 1993, e encontram-se funcionando em diferentes regiões no conjunto do país. Trata-se, portanto, da criação de uma instituição

³³ Ao analisar o conceito de hegemonia, Luz propõe a seguinte interpretação: "[...] a Hegemonia é entendida como um processo, como prática sempre recomeçada e ao mesmo tempo contraditória, na medida em que institui como universal uma Ordem que é fundamentalmente particular. Este instituir-se se realiza em um conjunto de malhas sociais (instituições civis mais instituições políticas) que se pode denominar simplesmente de instituições e que abarcariam, na linguagem de Gramsci, a noção de Estado *ampliado*". (Luz, 1986:29).

³⁴ Ver Luz, M.T. *op.cit.*, 1986, p.31

concreta, tanto no plano jurídico como no institucional, dentro de um setor historicamente hegemônico.

Portanto, a opção de se utilizar uma abordagem de análise de instituições baseia-se no fato de que esta análise permitirá o mapeamento e análise das estruturas de poder desses conselhos, na medida em que os classifico como mais um possível núcleo específico de poder.

O uso de ferramentas da abordagem da análise de instituições não significou, entretanto, uma exclusividade, enquanto estratégia, na construção metodológica deste trabalho. Foram utilizadas técnicas de avaliação qualitativa.

“o bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto de investigação e de oferecer elementos teóricos para análise tem que ser operacionalmente exequível³⁵.”

A pluralidade de conceitos e técnicas possibilitou a visualização dos fatos com sua lógica própria e coerência. Isto tem sido admitido como uma tendências contemporânea na formulação metodológica de estudos³⁶.

Neste sentido, a preocupação deste estudo foi desenvolver a anatomia metódica desses núcleos de poder, através de algumas ferramentas da abordagem de análise institucional. Pretende-se analisar normas ocultas ou implícitas que podem determinar as regras do poder institucional.

Para tanto foram selecionados, na fase inicial, categorias analíticas que fossem capazes de expressar os atributos habilitadores para o cumprimento de suas finalidades e atribuições, e assim norteassem a coleta e a análise do material empírico relativo ao seu funcionamento.

Este critério levou a adoção de 5 (cinco) categorias de análise que possibilitaram nuclear a análise dos dados empíricos, orientando-os para os objetivos

³⁵ Ver Minayo, C. Quantitativo ou Qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul/set, de 1993.

³⁶ Ver Adorno, R. C. A trajetória da participação e do movimento: os atores sociais em saúde. *Tese de Doutorado*. Faculdade de Saúde Pública/USP. São Paulo, 1994

propostos. A seguir, um quadro apresentando cada uma delas, definidas com base em conceitos operatórios.

Quadro das categorias de análise e conceitos operatórios

Conceitos	Definições
Controle	capacidade de controlar a distribuição de bens e serviços ao sistema de saúde local;
Informação	capacidade de comunicar-se interna e externamente, utilizando-se algum instrumento ou veículo de comunicação.
Descentralização	capacidade de delegação das ações
Autonomia	capacidade de funcionar e decidir independente das ações e pressões de algum segmento social ou força política.
Efetividade	capacidade de influir concretamente nas decisões e ações governamentais.

3.1. Descrição do campo empírico

A pesquisa de campo foi realizada durante o período de outubro de 1994 a janeiro de 1995.

Neste período foram realizadas visitas à três localidades rurais do estado do Rio de Janeiro.

A opção por localidades rurais deveu-se ao fato de que estas localidades possuem especificidades inerentes à heterogeneidade do país, em detrimento das localidades urbanas, que possuem aspectos similares, que determinam uma forma peculiar de organização social e distribuição espacial de equipamentos urbanos, incluindo-se aí os de saúde.

Para tanto foram selecionados três municípios do estado do Rio de Janeiro: Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus de Itabapoana. Esta seleção obedeceu a três critérios específicos: o primeiro diz respeito ao tempo de formação e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde nestas localidades (deveriam estar constituídos há pelo menos 2 anos); o segundo refere-se a atuação da Universidade nos serviços destes locais, o que facilitaria, ao menos em tese, a obtenção de dados, na medida em que

possibilitaria maior acesso as fontes de informações formais e informais; e o terceiro foi o político, em que se considerou a reeleição de governos do mesmo partido como um dos pressupostos de continuidade de um projeto político.

Os procedimentos metodológicos adotados foram de natureza qualitativa. Neste sentido utilizaram-se os seguintes instrumentos de pesquisa: observação participante, entrevistas abertas e análise documental. (Minayo, C. 1994)

A observação participante foi a técnica inicial deste trabalho, juntamente com a coleta de documentos. Procurou-se participar das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde e de eventos que se destinassem a discussão de temas relativos a saúde em nível local.

Para as reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde, estabeleceu-se como critério de participação da pesquisadora, àquelas que alcançassem quorum mínimo, conforme os respectivos regimentos internos. De acordo com os estatutos dessas instâncias somente ocorreria reunião mediante o atendimento desta disposição legal, considerando o seu caráter deliberativo.

Com isso não foi possível a participação da pesquisadora em reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Resende, tendo em vista o esvaziamento do conselho por falta de quorum mínimo ocorrido no período designado às visitas no campo.

Em Bom Jesus de Itabapoana as reuniões deveriam ocorrer em meses pares nas primeiras segundas-feiras do mês. Embora o regimento tenha estabelecido esse cronograma de reuniões, o conselho não funcionava regularmente, o que impossibilitou uma participação mais efetiva nas reuniões desse conselho.

Apenas em Angra dos Reis, o Conselho Municipal de Saúde apresentava regularidade no cronograma de suas reuniões facilitando o acesso das informações para realização do estudo.

Os contatos foram estabelecidos com os secretários executivos dos três conselhos investigados. A atuação da Universidade junto as Administrações Municipais facilitou o acesso às informações e às marcações de entrevistas. A Universidade do Estado do Rio de Janeiro, através da Coordenadoria de Campi

Regionais, vem desenvolvendo atividades de ensino e pesquisa, nas quais a pesquisadora teve a oportunidade de participar na atividade de pesquisa.

Foram entrevistados membros e não membros dos conselhos municipais de Saúde das localidades selecionadas. Dos membros dos conselhos, estão representantes dos usuários - associações de moradores, sindicatos e clubes de serviços e representantes dos prestadores, incluindo dentre os últimos, sempre que possível, o Secretário de Saúde. Já os não membros dos Conselhos Municipais de Saúde entrevistou-se os representantes da associações de moradores e do Poder Legislativo.

Durante o período de trabalho de campo realizou-se o registro de 25 entrevistas individuais e participação em 6 eventos coletivos.

As observações de campo foram registradas em bloco de anotações, na forma de diário de campo.

Para a análise documental foram consultados atas de reuniões, materiais institucionais, legislação de criação e normas de funcionamento dos conselhos investigados.

Nas entrevistas não se utilizou roteiro formal, mas abordou-se minimamente os seguintes tópicos:

- o processo de formação dos Conselho Municipais de Saúde;
- o funcionamento dos conselhos;
- a tomada de decisões.

Na apresentação procurou-se destacar o caráter acadêmico de um estudo realizado em uma universidade do Rio de Janeiro. Esta apresentação causou em alguns entrevistados reações diversas, que variavam desde colocações mais críticas, até mesmo de constrangimento. Em Bom Jesus de Itabapoana alguns entrevistados solicitaram que a entrevista não fosse gravada, resumindo-se na seguinte frase: “falo tudo porque você não é daqui, mas sem gravador”.

Em algumas reuniões a pesquisadora foi formalmente apresentada. Foi possível notar algumas modificações na forma de falar, principalmente no momento em se registravam as observações. Também, observou-se que em situações “informais”, uns

dos representantes sentiam-se mais dispostos em fazer relatos concisos e confidenciais.

Os dados assim obtidos foram complementados com as observações realizadas no I Congresso Nacional de Conselheiros de Saúde³⁷, o qual a pesquisadora fora convidada.

TRATAMENTO DO MATERIAL EMPÍRICO

O material empírico foi dividido em duas categorias, a partir de uma análise preliminar baseada nos conceitos operacionais inicialmente propostos, segundo as localidades selecionadas: participação e controle social.

Este reagrupamento foi motivado pela percepção de que estas duas categorias, aplicadas ao material empírico, dariam conta dos objetivos do estudo, inclusive no que diz respeito às categorias que não foram explicitamente abordadas.

Como procedimentos de análise construiu-se um quadro demonstrativo classificando as localidades de acordo com os temas: participação, controle, descentralização, informação, medicalização e partidarização.

A construção deste quadro não se fez de uma vez só, mas por uma série de sucessivas aproximações, construindo “espaços”. Segundo Boudieus³⁸ “esses espaços sociais, embora só se ofereçam em formas de relações objetivas muito abstrata e se não possa tocá-los nem apontá-los a dedo - são o que constitui toda a realidade social.”

A adoção dos termos usuários, prestadores de serviços, poder executivo e profissionais de saúde deveu-se ao fato desta terminologia constar nas prescrições legais do arcabouço que institucionalizam os conselhos, ao mesmo tempo em que a supressão de nomes e localidade foram imprescindíveis para que se preservasse o caráter ético exigido pelo estudo científico.

³⁷ O I Congresso Brasileiro dos Conselheiros de Saúde foi realizado em Salvador, em Julho de 1995

³⁸ Ver Bourdieus, P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1989. p.30

CAPITULO 4. HISTÓRICO INSTITUCIONAL DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: características gerais dos municípios e a trajetória dos conselhos municipais de saúde.

Este capítulo destina-se inicialmente, a apresentar os perfis dos municípios estudados, destacando-se alguns aspectos demográficos, sócio-econômicos e sanitários.

Em seguida realiza-se um breve histórico sobre o processo de municipalização nestas cidades, descrevendo o processo de institucionalização dos conselhos municipais, numa perspectiva cronológica de suas atividades. A composição esta identificada no anexo 4 e a síntese da atividades de cada um dos conselhos estudados nos anexos 1, 2 e 3.

4.1. Município de Angra dos Reis

4.1.1 Perfil do município de Angra dos Reis

O município de Angra dos Reis está situado ao sul do Estado do Rio de Janeiro e forma com Parati a Região da Baía da Ilha Grande. Com a extensão de 819 Km, Angra dos Reis tem 645 Km de área em continente e grande número de ilhas, sendo a maior e mais populosa a Ilha Grande com 174 Km. Seu território é caracterizado por uma faixa de terra localizada entre a Serra do Mar, a Serra da Bocaina e o litoral. O litoral é entrecortado pela Serra do Mar, delimitando áreas de populações. Limita-se ao norte com Rio Claro (RJ) e Bananal (SP), a oeste com Parati, a leste com Mangaratiba e ao Sul com o oceano Atlântico, distante 228 Km da capital do Estado.³⁹

Segundo informação do censo de 1991, o município de Angra dos Reis tem uma população de 85.541 habitantes, distribuídas em seis distritos administrativos. O primeiro sede com 31.953 habitantes, segundo Cunhabembe com 25.519 residentes; acompanhado de Jacuecanga com 15.990, Mambucaba 7.669, Praia de Araçatiba 2.207 e Abraão 2.203.

Elevadas taxas de crescimento populacional ocorreram na décadas de 60 e 70 decorrente do fluxo migratório. Esta migração relacionava-se ao estabelecimento do Estaleiro Verolme(década de 60) e a construção da usina Nuclear e da Estrada BR 101 (década de 70). Identifica-se, no período de 1980-1990 um crescimento médio anual de 3,9%. A concentração urbana chega a mais de 90% do total dos habitante, sendo que metade reside no distritos sede.⁴⁰

³⁹ Ver Plano Municipal de Saúde de Angra dos Reis - 1993/1994 - Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis - Angra dos Reis, 1994

⁴⁰ IBGE, Sinopse Preliminar do Censo Demográfico, 1991.

Destacam-se entre as atividades econômicas desenvolvidas no município, a indústria de construção, a indústria de transformação e a prestação de serviços, As principais fontes de empregos estão situadas nas Usina Angra I, II e III, sob a responsabilidade de Furnas, a Petrobrás e o Estaleiro Verolme. Cerca de 28% dos habitantes tinham, em 1991 renda mensal inferior a 1 salário mínimo, com 46% recebendo de 1 a 5 salários mínimos. (IBGE -1991)

Existem em Angra dos Reis 44 escolas no continente e 12 na Ilha Grande. De acordo com censo de 1991, cerca de 62,8% dos habitantes possuem nível de instrução elementar, sendo 19,42 % a taxa de analfabetismo.(IBGE-1991)

O processo de expansão demográfica do município não foi acompanhado de investimentos na infra-estrutura local. De acordo com o relatório de Política Pública Municipal de Saneamento realizado em 1989 a “situação da cidade, no que diz respeito qualidade de vida, ainda é bastante precária: água permanentemente contaminada, esgotamento sanitário deficiente , sérios problemas de drenagem”⁴¹.

Em 1991, segundo informação do IBGE, o serviço municipal de abastecimento d'água de Angra dos Reis atende cerca de 68% dos domicílios do distrito sede, sendo que os demais distritos são servidos por nascentes, fontes e poços. Cerca de 88% dos domicílios usam escoadouro de instalação sanitária pública (só do domicílio), o restante possui fossas sépticas que são canalizadas para rede pluvial. Os serviços de limpeza e da coleta de lixo estão a cargo da prefeitura.

Quanto aos dados relativos a mortalidade infantil observa-se um crescimento desta nos últimos anos, decorrente do aumento da mortalidade perinatal. Os registros de imunizações mostram uma cobertura de 75% para pólio, DPT e sarampo e 101% para BCG⁴². Entre as doenças notificadas à SES/RJ em 1991, destacam-se a diarreia, o dengue e o sarampo.

A rede de serviços de saúde é composta por dois hospitais, sendo 1 filantrópico, com 137 leitos, localizado no distrito sede e outro sob responsabilidade de Furnas, com 22 leitos, situado na Praia Brava - 4 distrito administrativo, além de 1 pronto socorro municipal pediátrico, um serviço de pronto atendimento federal (PAM), 18 unidades básicas de saúde e nove consultórios odontológicos.

⁴¹ Ver Relatório de Política Pública Municipal da Secretaria Municipal de Planejamento do Município de Angra dos Reis. Angra dos Reis, 1989

⁴² Ver *Cadernos de Saúde* -.Relatório de Gestão 1989 - 1992 Vol. I -1992 - Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Angra dos Reis, 1993.

4.1.2 Histórico municipalização da saúde à institucionalização do conselho municipal de saúde

O marco institucional da implantação do Sistema Único de Saúde no município de Angra dos Reis foi a assinatura do convênio de municipalização da saúde em março de 1989. A municipalização da saúde se inseriu num processo de reestruturação política e administrativa do seu órgão gestor, calcado em uma proposta de gestão participativa dos serviços de saúde local⁴³. Esta proposta integra o programa de governo do Partido dos Trabalhadores, reeleito nas eleições municipais em 1992⁴⁴.

Para reorganizar os serviços de saúde, o corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis optou pela implantação de distritos sanitários⁴⁵. O processo de distritalização da saúde originou a constituição de cinco distritos sanitários em seu território. Com uma divisão semelhante aos distritos administrativos, os distritos sanitários tem uma delimitação territorial baseada em critérios geográficos e da rede de serviços preexistentes. Segundo os documentos e material de divulgação editado pela Secretaria Municipal de Angra dos Reis, a lógica do processo de distritalização da saúde compreendia como eixo central o conceito de sistema locais de saúde. Neles, devem ser resolvidos os agravos à saúde da população, sendo que cada distrito traçaria o seu próprio perfil epidemiológico, a fim de desenvolver ações de acordo com este perfil⁴⁶.

A formação do Conselho Municipal de Saúde, ocorreria juntamente com esta proposta de reorganização administrativa na Secretaria Municipal de Saúde. Nesta proposta se estabelece, não somente o Conselho Municipal de Saúde, mas instancias colegiadas nos diversos níveis gerenciais dos serviços de saúde. Desta forma, criaram-se os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde (nos postos de saúde municipais); os Conselhos Distritais em cada distrito sanitário (juntamente com a Coordenação de Distritos subordinado a secretaria); o Conselho Gestor da Santa Casa e do Conselho Municipal de Saúde. Na institucionalização desses conselhos prevêem-se a participação popular através da representação de entidades, que teriam no escopo de suas atribuições objetivos institucionais “aos conselhos compete o acompanhamento, a

⁴³ Ver *Cadernos de Saúde - Relatório de Gestão 1989 - 1992 Vol. I - 1992* - Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Angra dos Reis, 1993.

⁴⁴ Foram criados na gestão do PT diversos conselhos com a participação da população, dentre eles estão o Conselho de Urbanismo ligado a Secretaria Municipal de Obras; o Conselho de Orçamento ligado a sala de Situações da Secretaria Municipal de Planejamento Estratégico; o Conselho de Meio Ambiente ligado a Secretaria Municipal de Turismo e Meio Ambiente e o Conselho de Educação da Secretaria Municipal de Educação.

⁴⁵ Para melhor compreensão do termo, ver VILAÇA, E. et alli. *Distritos Sanitários: Conceitos-Chave*. in: *Distrito Sanitários: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*. Org. Eugenio Vilaca Mendes. Hucitec/ABRASCO: São Paulo/Rio de Janeiro. 1993

⁴⁶ Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis, *op.cit*, 1994

avaliação e indicação de prioridades nas ações de saúde bem como elaborar , controlar e avaliar a política de saúde local.”⁴⁷

A regulamentação do Conselho Municipal de Saúde ocorreria com a aprovação pela câmara municipal da Lei 176/L.O. de 24 de janeiro de 1992, que estabelece suas competências e atribuições bem como discrimina e composição. Já as normas de funcionamento estão explicitadas no Regimento Interno que o normatiza.⁴⁸ Quanto a composição do conselho estão previstas a participação das seguintes entidades: associações de moradores, sindicatos, associações profissionais, prestadores de serviços, associações patronais e secretariado municipal - educação, planejamento, obras ambiente, indicados pela Conferência Municipal de Saúde. Conforme o regimento interno os representantes seriam eleitos em fóruns convocados por suas respectivas entidades.

Nota-se que anteriormente ao reconhecimento legal do Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis, o movimento popular dessa localidade já se mobilizava em torno da questão saúde, através dos Conselho Populares de Saúde. estes conselhos organizados por bairros, tinham um caráter reivindicatório sendo independente e autônomo com relação ao poder municipal⁴⁹. Segundo depoimentos dos entrevistados, os Conselho Populares de Saúde teriam sido absorvidos no próprio processo de formação do Conselho Municipal de Saúde, ou seja na constituição das demais instâncias colegiadas previstas na reestruturação proposta pela administração municipal para o setor.

“as pessoas que trabalharam nesta área [saúde] buscaram formar e assessorar os conselhos de saúde em cada microregião, as quais configuravam um pouco uma estrutura do que hoje denominamos de distritos sanitários. Nesse período os conselhos adquiriram forma de conselhos populares de saúde , tornando-se mais tarde, oficialmente, no Conselho Municipal de Saúde. portanto a formação do Conselho Municipal de Saúde foi o tempo todo permeada pela discussão dos movimentos sociais que teve a correspondência do governo.” (representante do poder executivo).

“o Conselho Municipal de Saúde é oriundo das propostas da conferências nacionais de saúde e da proposta da municipalização. Era uma exigência do Sistema Único de Saúde, principalmente para o repasse de verbas. Nós tínhamos um grupo organizado e já discutia-se saúde. O COMAN⁵⁰ já tinha o Conselho popular de Saúde do COMAN. Era um conselho organizado, não precisava de Conselho Municipal de Saúde, mas mesmo assim institucionalizamos o conselho “ (representante dos usuários).

⁴⁷ Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis, *op. cit.*, 1994

⁴⁸ Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis, *op. cit.*, 1994

⁴⁹ Ver “O controle social em Angra dos Reis” documento produzido pela Secretaria Municipal de Angra dos Reis em agosto de 1993.

⁵⁰ COMAN = Conselho das Associações de Moradores de Angra dos Reis.

Observa-se que a formação do Conselho Municipal de Saúde em Angra dos Reis, através do poder municipal, considerando essa proposta de institucionalização dos conselhos, legitima-o bem como legitima a sua proposta de promover a sua organização.

O Conselho Municipal de Saúde no Município de Angra dos Reis foi instalado na I Plenária Municipal de Saúde realizada em 29 de janeiro de 1992, na Câmara Municipal de Angra dos Reis convocado pelo secretaria Municipal de Saúde. O objetivo da plenária era discutir as deliberações da I Conferencia municipal de Saúde de Angra dos Reis, respeitando a Constituição Brasileira. Entre as deliberações estavam a criação do Conselho Municipal de Saúde, do fundo Municipal de Saúde e dos Conselhos Gestores das unidades de Saúde, de acordo com as determinações da Conferencia Municipal de saúde.⁵¹

Conforme regimento interno, o Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis deve realizar suas reuniões ordinárias mensalmente, e as extraordinárias mediante a convocação previa feitas aos conselheiros. No ano de 1992, o Conselho Municipal de Saúde realizou reuniões regulares obre temas recorrentes tais como: a aprovação do Plano Municipal de Saúde, Regimento Interno, Prestação de Contas das entidades Filantrópicas e da Secretaria Municipal, e Lei de Diretrizes Orcamentaria Municipal destinado a saúde. Apesar de constar nos depoimentos a realização de reuniões durante ano de 1992, constata-se a ausência de registros durante o período de outubro de 1992 à agosto de 1993. (anexo 1).

Semelhante ao ano anterior a pauta de discussão do conselho, em 1993, além dos assuntos anteriormente citados, incluem-se os preparativos da II Conferencia Municipal de Saúde e a elaboração aprovação do Plano de Cargos Carreiras e Salários. (anexo 1).

Em 1994, o Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis prossegue com algumas das discussões do ano 1993, tais como: Conferência Municipal de Saúde, o Plano Municipal de Saúde e programação da secretaria. Encerram-se as atividades do conselho neste ano, com discussão sobre a avaliação do Conselho Gestor da Santa Casa e a instrumentalização dos Conselhos Municipais de Saúde, através de um programa de formação de conselheiros municipais de saúde.

⁵¹ Ver Ata da I Plenária de Saúde do Município de Angra dos Reis, Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis - Angra dos Reis, 1992

4.2. Município de Resende

4.2.1 Perfil do município de Resende

O município de Resende localiza-se no extremo oeste do estado do Rio de Janeiro, na Região do Médio Paraíba. Sua área territorial é de 1.155 km², limitando-se ao norte com o estado de Minas Gerais, ao sul e a oeste com estado de São Paulo e a leste com os município de Barra Mansa e de Quatis. Situado num vale formado pelas Serras da Bocaina e da Mantiqueira, o município dista aproximadamente 160 km da capital do estado, e 270 km da cidade de São Paulo, sendo servido pela Rodovia Presidente Dutra e pelo maior tronco ferroviário do país. Atualmente o município de Resende tem uma importância no cenário econômico, por acomodar um parque industrial voltado ao atendimento dos mercados interno e externo.⁵²

A população estimada de Resende é de aproximadamente 91.268 habitantes distribuídos em seis distritos administrativos: Resende (sede) com 54.242 moradores, Agulhas Negras com 20.538, seguido de Porto Real 8.328, Engenheiro Passos 3.365, Pedra selada 4.667 e Fumaça 488. As taxas de crescimento demográfico, segundo dados do censo de 1991, apresentou um acréscimo de 4,6% em relação ao dados de 1980. Este crescimento tem sido observado de maneira expressiva nas áreas urbanas, em detrimento das áreas rurais.⁵³

A expansão populacional apresenta-se de maneira homogênea em áreas notadamente ocupadas pelas bases industriais⁵⁴. Segundo as informações do Relatório da FEEMA, o município de Resende vem desenvolvendo um processo de ocupação territorial desordenado em toda a sua extensão. Observa-se nas áreas urbanas, concentrações populacionais quantitativamente distintas entre si, apresentando saneamento básico e abastecimento de água insuficiente. Por sua vez as áreas rurais, com o esgotamento do solo - na medida que são ocupados por pecuária extensiva - tem ameaçado a conservação ambiental neste local.⁵⁵

O setor secundário é considerado de maior relevância entre as atividades econômica desenvolvidas pelo município, seguido pelo setor de turismo. Este perfil é atribuído ao acelerado processo de industrialização deflagrado nos anos 50.⁵⁶ O rendimento médio do chefe de família nessa localidade é de aproximadamente 3,62 salários mínimos.

⁵² Ver *Coleção Perfis Municipais : Resende* - Centro de Informações do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

⁵³ IBGE, Sinopse Preliminar do Censo Demográfico, 1991.

⁵⁴ Ver FEEMA, *Perfil Ambiental - Resende e Itatiaia* - Relatório Executivo - Rio de Janeiro - 1990

⁵⁵ Ver FEEMA *op. cit* 1990

⁵⁶ Ver FEEMA *op. cit* 1990

No que se refere a educação, Resende possui um rede municipal composta de 50 escolas de primeiro grau e duas escolas de segundo grau. A rede estadual dispõe de 19 escolas, desde o pré-primário ao segundo grau. A taxa de analfabetismo é da ordem de 14,71 %. Recentemente a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, através da Coordenadoria de Campi Regionais assinou um convênio para implantação de unidade de ensino universitário público, atualmente em funcionamento,

O abastecimento de água do município de Resende é de responsabilidade do Serviço Autônomo de Água e Esgotos de Resende (SAAE/RES) que atende cerca 84% dos domicílios. No distrito das Agulhas Negras, onde está a Academia Militar o sistema de fornecimento d'água é mantido pela própria academia. Cerca de 94% dos domicílios usam (e escoadouro) a instalação sanitária pública (só do domicílio), o restante possuem fossas sépticas que são canalizadas para rede pluvial⁵⁷.

A partir dos dados da Secretaria Estadual de Saúde a taxa de mortalidade geral, 6,2 por mil habitantes, sendo as doenças do aparelho circulatório a causa mais freqüente. A cobertura vacinal foi de 78% para BCG, e de menos de 60% para as restantes.⁵⁸

Os serviços de saúde municipal é composto de 21 postos, uma unidade mista no distrito de Porto Real e uma unidade de apoio diagnóstico, no distrito sede. Além destas, existe uma maternidade, um hospital geral, ambos filantrópicos e o Hospital das Agulhas Negras que atende basicamente a uma clientela militar.

4.2.2 Histórico da municipalização da saúde e a institucionalização do conselho municipal de saúde

Em Resende o processo de municipalização da saúde foi marcado pela realização da I Conferência Municipal de Saúde em julho de 1991. Amplamente divulgada pela imprensa local, a I Conferência Municipal de Saúde de Resende mobilizou cerca de 200 delegados e observadores de entidades do movimento popular, partidos políticos e governo municipal. Do conjunto de medidas aprovadas na conferência destacam-se a criação do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde.⁵⁹

A formação do Conselho Municipal de Saúde aparece assim, nos relatos individuais e em publicações na imprensa, como uma instância de participação com

⁵⁷ Ver IBGE, *op cit*, 1991

⁵⁸ ver Secretaria Municipal de Saúde de Resende - Plano Municipal de Saúde de Resende - Resende 1990.

⁵⁹ Ver os Jornais da época: Conferência municipal de Saýde cumpriu metas e apresentou anteprojeto do Conselho - *Imprensa Livre* 27/07/92 - pag5 e I Conferência de Saúde termina hoje com conclusões para municipalização do setor - *Folha Regional* 03/08/1991.

garantia legal para exercício do controle e da participação popular no planejamento e gestão dos serviços de saúde municipal.

“A efetiva participação popular no conselho municipal de saúde poderá criar uma nova dinâmica na definição de prioridades para o setor, no caminho inverso das decisões de gabinete, de cima para baixo”(depoimento do deputado do Partido Socialista Brasileiro ao Jornal Folha Regional de 03/08/1991)

“o processo da Conferência está sendo bastante positivo para aumentar o nível de consciência da população sobre os seus direitos de participação e fiscalização do poder público e das instituições prestadoras de serviços de saúde” (depoimento do presidente da Federação das Associações de Moradores de Resende - FAMAR ao Jornal Folha Regional de 03/08/1991)

“considero prioritária a luta pelos conselho de saúde, pois eles conferem não só autoridade, mas também aos profissionais de saúde e, principalmente aos usuários, o poder de estabelecer políticas para o setor. Os conselhos são o caminho para acabar com a ditadura dos feudos políticos locais, ao mesmo tempo em que a descontinuidade administrativa passa a ter um freio, na medida em que as diretrizes não são mais estabelecidas, unicamente por quem detém o poder” (depoimento do ex-presidente da Federação das Associações de Moradores de Resende - FAMAR ao Jornal Folha Regional de 03/08/1991)

Para a eleição dos representantes do Conselho Municipal de Saúde de Resende foram convocadas, através da imprensa local, as entidades indicadas na conferência municipal⁶⁰. Neste evento cada entidade elegeu os seus representantes que tomariam assento as reuniões do Conselho Municipal de Saúde, de acordo com a lei de criação de n.1.794 de dezembro de 1991. Composto por dezoito representantes, o conselho municipal de Saúde de Resende tem a participação do executivo municipal dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e representantes dos usuários. É interessante notar que nesta localidade no rol de entidades convocadas para indicação de seus representantes estão os partidos políticos, com expressiva participação na fração usuária, compondo um universo distintos dos municípios estudados.

Semelhante ao município de Angra dos Reis, a criação do Conselho Municipal de Saúde de Resende, também ocorreria no bojo de uma reforma administrativa da Secretaria Municipal de Saúde. Observa-se, no entanto, que a proposta de reforma do executivo municipal, não contempla a formação de outros órgãos colegiados na esfera local. Nesta reforma prevê-se a criação de autarquias na estrutura organizacional de seus departamento, como por exemplo o SUSMUR - Serviço Unificado de Saúde do Município de Resende, um autarquia responsável pela gestão municipal dos serviços de saúde exercendo as atividades técnicas, administrativas e financeiras .

⁶⁰ Convocação feita pela imprensa local. ver: Conferência Municipal de Saúde em Resende define Políticas de Saúde Folha Regional: Itatiaia e Resende de 03/08/91, pág. 3 e 7

A trajetória do Conselho Municipal de Saúde Resende, segundo os depoimentos e análise dos documentos, vem sendo marcada por intensos confrontos institucionais e disputas de espaços no cenário político municipal.

O posicionamento político-partidário dos representantes no conselho municipal de saúde, surge nas entrevistas e documentos analisados, como a principal causa dos confrontos dos grupos participantes. Nos depoimentos dos entrevistados, verifica-se no confronto a existência de pelo menos dois partidos considerados de esquerda: O Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido Democrático Trabalhista (PDT), este último, também reeleito ao governo municipal de 1992. Este confronto dar-se-ia no debate político sobre as propostas apresentadas pelo executivo municipal destinadas a saúde, sobretudo no que diz respeito a concepções ideológicas sobre saúde e de representação da sociedade nas atividades de controle das políticas e serviços de saúde local.

A sessão de posse dos conselheiros no Conselho Municipal de Saúde ocorreu somente em agosto de 1992, ou seja um ano após a aprovação da sua lei de criação. Ainda neste ano, o Conselho Municipal de Saúde elaborou e aprovou seu regimento interno, criou uma comissão de fiscalização da Santa Casa, discutiu alternativas de divulgação das ações do conselho. Em 1993, os principais temas consistiam na elaboração do Plano de Ação para a Municipalização, na discussão proposta orçamentária para 1994, na contratação de Recursos humanos e os preparativos para Conferência Municipal de Saúde. Cria-se, neste mesmo ano, uma Comissão Fiscal com o objetivo de apurar irregularidades na gestão dos recursos financeiros da Secretaria Municipal de Saúde, sendo constatadas irregularidades. Baseado no relatório da Comissão Fiscal o Conselho Municipal de Saúde de Resende, aprova em 1994, a realização de uma auditoria externa na Secretaria Municipal de Saúde com a intervenção da Promotoria Pública. (Anexo 2)

Observou-se que a seguir a divulgação, já no segundo semestre de 1994, dos resultados da auditoria considerados insatisfatórios pelos membros do conselho, dava-se início a um processo de esvaziamento de sua representações. As atividades do Conselho Municipal de Saúde de Resende seriam efetivamente retomadas a partir da realização da II Conferência Municipal de Saúde em dezembro de 1994, sendo que entre as deliberações aprovadas constavam algumas alterações do Regimento Interno. Uma delas consiste na indicação de um usuário para presidência do conselho.

4.3. Município de Bom Jesus de Itabapoana

4.3.1 Perfil do município de Bom Jesus de Itabapoana

O município de Bom Jesus de Itabapoana está situado na região noroeste do Estado do Rio de Janeiro, estendendo-se por uma superfície de 509 km distando 390 Km da capital do Estado. Limita-se com o Estado do Espírito Santo, em toda extensão norte, separado pelo rio Itabapoana, a sudeste com os municípios de Campos e Italva, ao sul e sudoeste com o município de Itaperuna e oeste-noroeste com o município de Varre -Sai.⁶¹

A população do município de Bom Jesus de Itabapoana, segundo informação do censo demográfico de 1991 é de 29.871 habitantes, dividida em seis distritos administrativos: o primeiro sede com 18.906 habitantes, o segundo Carabuçu com 1.074 moradores, seguido por Rosal com 624, Serrinha com 434, Calheiros 363 e Pirapetinga com 208. (IBGE-1991)

Em relação à década passada, Bom Jesus de Itabapoana apresenta uma taxa média anual de crescimento populacional de 0,59%. Este crescimento tem predominado em áreas urbanas, onde vivem cerca de 87,5% da população total, em detrimento das áreas rurais.

Com uma economia voltada para atividades primárias, o município de Bom Jesus de Itabapoana desenvolve basicamente a agropecuária, a agroindústria açucareira e cafeeira. Cerca de 33 % dos chefes de família tinham, em 1991 renda mensal inferior a 1 salário mínimo, com 18,2 % recebendo de 1 a 5 SM e apenas 0,43% com renda superior a 20 SM, enquanto 43% não possuíam renda.

No que diz respeito a educação, existe uma vasta rede escolar municipal, que oferece cursos desde maternal e pré-escolar até o segundo grau, composta por escolas municipais, estaduais e uma escola federal de nível técnico e uma extensa rede de privada de escolas⁶². A taxa de analfabetismo na ordem de 25%.

Quanto ao perfil sanitário, Bom Jesus de Itabapoana é servido por uma rede de abastecimento d'água que atende cerca de 91% dos domicílios do distrito sede. Os demais distritos são servidos por nascentes, fontes e poços. A grande maioria dos domicílios não estão ligados a nenhuma rede de esgoto, alguns possuem fossas sépticas que são canalizadas para o rio Itabapoana, mas sem nenhum tratamento. Os serviços de limpeza e da coleta de lixo estão a cargo da prefeitura. O destino do lixo é um depósito a céu aberto.

⁶¹ Ver *Coleção Perfis Municipais*, Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro -, Secretaria de Planejamento do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro. setembro 1988.

⁶² Ver Plano Municipal de Saúde - Período 1994/1995/1996 - Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana. Bom Jesus de Itabapoana. 1994.

No ano de 1993 a mortalidade geral foi de 8,3%, sendo as doenças cardiovasculares o principal grupo de causas de mortalidade, seguidas pelas doenças neoplásicas e as doenças do aparelho respiratório. Já a mortalidade infantil apresentou, neste mesmo ano, uma taxa de 15%, sendo as afecções perinatais - prematuridade e baixo peso ao nascer - a causa mais frequente.

A rede de serviços públicos de saúde é composta por 24 postos de saúde um posto de urgência e um centro de saúde. Os serviços hospitalares são prestados três entidades privadas e filantrópicas conveniadas com o Sistema Único de Saúde.

4.3.2 Histórico: a municipalização da saúde e institucionalização do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana.

Em 1986, o município de Bom Jesus de Itabapoana assinou o convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS) e a partir desta época os Postos de Saúde Rurais da rede estadual foram repassados para a administração municipal. Houve no ano seguinte, a assinatura do convênio SUDS - o Sistema Unificado e descentralizado de Saúde. Com este convênio ocorreria a cessão do restante das unidades de saúde estaduais e a totalidade das unidades federais, juntamente com os recursos humanos e materiais das respectivas esferas. Isto, segundo os representantes do poder executivo municipal da saúde, daria condições do município gerir as unidades, sob os "moldes" proposto pelo Sistema Único de Saúde⁶³:

"Hoje, o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se quase que plenamente instalado no município, em condições de oferecer à população uma rede de serviços de saúde acessível, regionalizado e hierarquizado, com complexidade crescente, razão pela qual usaremos, no que diz respeito à rede de saúde pública, apenas o termo municipal"(Plano Municipal de Saúde de Resende 1994/995/1996 - SMS de Bom Jesus de Itabapoana)

O Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana foi criado em 26 de julho de 1989 - de acordo com a Lei Orgânica Municipal no capítulo destinado as políticas, na sua seção I relativa a política de saúde municipal. Sua criação foi referendada pelo Decreto n 21/89 de 05 de outubro de 1989, por força da resolução n°.273 da então Comissão Interinstitucional (CIS) do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS - do Estado do Rio de Janeiro. Com a realização da I

⁶³ Ver Plano Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana - Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana - 1994/1995/1996 - Bom Jesus de Itabapoana. 1994

Conferência Municipal de Saúde, no mesmo ano, foram indicadas as entidades que comporiam o conselho⁶⁴.

A competência, organização e normas de funcionamento do Conselho Municipal de saúde de Bom Jesus de Itabapoana, foram definidas no Regimento Interno aprovado pelo decreto municipal de n. 094/91. Neste regimento não estão claramente definidas as entidades que o comporiam, tampouco a paridade entre as partes.

Em 21 de julho de 1989, o secretário municipal de saúde, então presidente do conselho municipal de saúde, convoca uma reunião para a instalação do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana empossando os representantes das entidades eleitas na I Conferência Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana. (anexo 3)

Houve, nesta reunião, a apresentação formal do funcionamento da secretaria municipal de saúde. Nota-se que o setor privado se destaca no cenário político local.

“a secretaria vem melhorando o serviço de saúde já existente na cidade, ampliando os serviços a todos os Distritos, visando um atendimento amplo a todos os necessitados, principalmente a clientela jovem, enfatizou o grande trabalho desenvolvido pelas as entidades privadas da nossa terra, principalmente pela disponibilidade dos seus diretores e representantes, e afirmou que o CMS, com poderes deliberativos dará apoio necessário e indispensável a solução dos problemas ligados diretamente a política de saúde do município. (ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana em 21 de abril de 1989)

A produtividade da rede dos serviços de saúde municipal foi o principal assunto debatido nesta primeira reunião. A discussão resumia-se a “baixa produtividade da rede pública” em detrimento dos altos percentuais obtidos pela rede privada nas estatísticas de produção. A entidade filantrópica destacava-se pois os recursos financeiros repassados ultrapassavam os limites impostos pelo convênio com O Sistema Único de Saúde.

“Trata-se da estatística de produção do atendimento ambulatorial da rede pública (PAM e Posto de Saúde) e do Hospital S. Vicente de Paula, onde se observa que a rede pública tem um rendimento muito abaixo das possibilidades, enquanto que o hospital tem um atendimento muito acima de seus limites do convênio”(ata de reunião do Conselho Municipal de saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

Várias opiniões foram apresentadas no sentido de justificar a “baixa produtividade” na rede pública, mas sem alcançar um consenso entre os conselheiros.

⁶⁴ Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana, *op. cit.* 1994

A reduzida divulgação do serviço até o não cumprimento da carga horária surgiram como as principais causas da baixa produtividade. O Conselho decidiu criar uma comissão que juntamente às instituições envolvidas procurariam solucionar tal questão.⁶⁵

Nas duas reuniões subsequentes, observou-se o predomínio de questões relativas ao funcionamento dos serviços de saúde⁶⁶ Constavam nos documentos que o temário constituía-se de denúncias relativas à fiscalização de alimentos e condições sanitárias de estabelecimentos comerciais. Nos anos de 1990 e 1991 o Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana não se reuniu.

No ano de 1992 ocorreriam apenas duas reuniões, ambas destinadas à discussão sobre o processo de credenciamento do serviço de hemodiálise de entidades conveniadas - como o Hospital São Vicente de Paula⁶⁷, no Sistema Único de Saúde, e sua posterior extensão.⁶⁸

“... um dos requisitos para que tal extensão [do serviço de hemodiálise do Hospital São Vicente de Paulo] e seu credenciamento se efetive, disse o senhor Presidente, é necessário que o Conselho Municipal de Saúde, soberano nas suas decisões, aprove tal pleito. Submetido a apreciação do Conselho Municipal de Saúde, a proposta do presidente foi aprovada por unanimidade dos conselheiros presente.” (ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana em 05/11/1992)

Em 1993 o conselho se reuniu por duas vezes em caráter extraordinário para discutir o credenciamento de novos leitos da rede filantrópica e privado município de Bom Jesus de Itabapoana

“de posse do pedido em referencia [credenciamento de novos leitos] este conselho realizou detalhada análise sobre o assunto, concluindo-se pelo deferimento dos pedidos.”(ata de reunião do

⁶⁵ Ver ata da reunião de 21 de julho de 1989 do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana. Livro de Atas do Conselho Municipal de Saúde - Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana.

⁶⁶ Ver atas de reuniões de 31 de agosto e 21 de novembro de 1989 do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana. Livro de Atas do Conselho Municipal de Saúde - Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana

⁶⁷ Tem sido acompanhado pela pesquisadora o funcionamento do sistema de saúde desta cidade há seis anos, em especial o Hospital São Vicente de Paula. O Hospital São Vicente de Paula, considerado o maior da rede e que hoje serve de referência para vários municípios. Neste período apresentou um surpreendente crescimento nos últimos cinco anos. Diferentemente da situação anterior, inúmeras dificuldades financeiras tem sido citado nas pesauisas, mas o Hospital São Vicente de Paula investiu na tecnológica de ponta tornando-se uma referencia no âmbito regional. Atualmente oferece um plano de saúde para a utilização de seus serviços. É como diz o próprio secretário *“crescemos muito em virtude da demanda do Espírito Santo, do aumento das cotas de AIHs”*.

⁶⁸ Ver atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana de 04 e 05 de novembro de 1992

Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana de 06 de abril de 1993)

e a restrição da clientela à utilização dos serviços de saúde através da realização da triagem social.

“Inicialmente, o presidente do Conselho Municipal de Saúde e Secretário Municipal de Saúde, esclareceu que é parca a verba repassada pelo estado, oriunda do Convênio SUS, fazendo com que a partir do mês de dezembro de 1992, a Secretaria Municipal de Saúde passasse a oferecer exames laboratoriais medicamentos somente à pacientes carentes, através de um criterioso processo de triagem. Informou que com tal medida, a verba que antes mal chegava ao décimo dia de cada mês, se estendesse até o final do mês, trazendo benefícios consideráveis à população pobre de Bom Jesus de Itabapoana, salientando que se continuássemos a atender da forma antiga, a partir do 10 (decimo) dia de cada mês, somente as pessoas com algum recurso próprio se veriam atendidas, e por consequência os pobres veriam sua vida colocada em risco”(ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana de 22 de abril de 1993)

Durante o ano de 1994, o Conselho Municipal de Saúde realizou duas reuniões, em caráter extraordinário, para aprovação de auxílios financeiros ao Hospital São Vicente de Paula, ampliação de consultórios odontológicos na rede municipal de saúde e seleção da clientela a ser contemplada pelo programa de suplementação alimentar implementado pelo governo federal. Decide-se pela realização de reuniões bimensais por parte do Conselho, mantendo as extraordinárias em caráter de urgência ⁶⁹.

Nas demais reuniões ordinárias o conselho tratou dos seguintes assuntos: reformulação do regimento interno, elaboração do plano municipal de saúde e manutenção da triagem social com estabelecimento de um teto de até quatro salários mínimos para pessoas que deverão ser atendidas pelo SUS.⁷⁰

”o presidente do conselho recebeu um ofício de um vereador solicitando que a triagem tivesse por índice de referência não mais três salários mínimos, mas sim quatro salários mínimos, eis que o difícil quadro financeiro, outrora atravessado pela saúde, de certa forma até atenuava” (ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana de 04 de abril de 1994)

⁶⁹ Ver atas de reuniões do conselho municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana nos dias 07 e 10 de fevereiro de 1994 (anexo 3)

⁷⁰ Ver atas de reuniões do conselho municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana nos dias 10 de fevereiro e 04 de abril 1994, *op. cit.*(anexo 3)

“o vereador, no uso da palavra, esclareceu ao presidente do CMS, que não fora aquela a reivindicação imediata que havia pleiteado, mas sim a abertura das consultas para toda a população e que a triagem só se fizesse os exames, informando também que a reivindicação em pauta seria objeto de estudo a médio prazo, dada a asoberbação de serviço da secretaria municipal de saúde. A assessora da secretaria esclareceu que não haja um impacto tão grande, eis que uma pequena parcela da população que se beneficiaria com tal medida, e que deveria-se tentar tal proposta a título de experiência. A proposta foi aprovada por unanimidade.”⁷¹

O Conselho Municipal de saúde de Bom Jesus de Itabapoana encerra suas atividades no ano de 1994, tratando dos seguintes itens: aprovação do plano municipal de saúde para o triênio - 94/95/96, sistema de críticas e participação popular e aprovação das alterações do regimento interno. Estas alterações⁷², consiste na enumeração das entidades com a inclusão de outras não contempladas no processo de formação, como associações de moradores e EMATER.

⁷¹ Ver ata de reunião de 04 de abril de 1994 do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana, *op.cit.* 23

⁷² Ver Resolução do Conselho Municipal de n. 002 de 21 de novembro de 1994 - Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana.

PARTE II

CAPÍTULO 5 - A DINÂMICA DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

5.1 - A participação nos conselhos municipais de saúde: a busca pela redução das diferenças.

Os Conselhos Municipais de Saúde vem obedecendo a um conjunto de normas e regras básicas que norteiam seu funcionamento e estruturação na esfera pública.⁷³. Recentemente criados, esses conselhos tem-se organizado distintamente em diversas regiões do país. Trata-se de um espaço formal que se molda às especificidades locais, reunindo atores institucionais novos e antigos, com interesses particulares e coletivos num contexto político bastante desigual.

O tema participação surge recorrentemente nos depoimentos e documentos oficiais analisados, evidenciando conteúdos reivindicatórios e a enunciação de conflitos nas relações entre sociedade e Estado.

Uma primeira constatação que ressalta, a partir dos depoimentos e da leitura de documentos, é a existência de constrangimentos impostos à participação. Tais constrangimentos parecem estar presentes nas ações dos conselheiros, mas é ocultados nos discursos oficiais. A realidade expressa no material empírico, são a tradução clara desses constrangimentos, que podem ir desde ameaças à integridade física dos conselheiros:

“se eu ficar falando nisso no conselho [sobre a Santa Casa] eu posso ser morto” (representante dos usuários)

“as vezes é perigoso participar, nós fomos fazer uma denúncia de desvio de material, chegamos a ser ameaçados de morte pelos funcionários. Ao invés do governo averiguar eles jogam os funcionários contra a gente.” (representante dos usuários)

até o emprego de práticas intimidatórias que lembram práticas extensamente utilizadas no período autoritário de nossa história recente .

“eu sei de muita coisa mas se eu abrir a minha boca eu sou escorraçado no próprio Conselho Municipal de Saúde; (representante dos usuários)

“coincidentemente no período que estávamos fazendo denúncia e montando o dossiê, os nossos consultórios e casas foram invadidos e roubados.”(representante dos usuários)

⁷³ Ver Lei 8080/90 - dispõe sobre os Sistema unico de Saúde, Lei 8142/91 lei que dispõe sobre os repasses de recursos e participação da comunidade e resol.33/93. do CNS - Recomendações para constituição dos Conselhos de Saúde.

E que evidenciam em alguns casos a supremacia de setores sociais historicamente hegemônicos.

“As pessoas se sentem intimidadas. Única forma do conselho funcionar é através de uma atitude de cima para baixo, ou seja maior fiscalização do Ministério da Saúde.” (representante dos profissionais de saúde)

“Eu não falo muito porque tenho medo, eu não sou dono de terras e nem sou doutor. Eles podem acabar com os nossos trabalhos, aí a gente vai ter que ir embora.” (representante dos usuários)

A complexidade do diálogo destaca-se como um segundo ponto de intersecção deste estudo. Na opinião dos integrantes do conselho, o saber técnico obstaculiza a participação dos segmentos envolvidos, seja na compreensão de procedimentos administrativos como no entendimento de termos específicos - o que é AIH⁷⁴, O que é UCA? e o que é orçamento. A linguagem ininteligível, sobretudo para os representantes dos usuários, acaba por colocar, por exemplo, o discurso das representações dos movimentos populares numa posição inferior ao discurso técnico.

“Talvez até poderia levantar coisas em relação ao hospital, mas eu não tenho conhecimentos, sou leigo. (representante dos usuários)

O corporativismo dos profissionais de saúde, em especial do médico, contribui para a compreensão dessas dificuldades,

“Existe corporativismo da área de saúde, como em qualquer área. Sabemos, que limita a participação dos leigos, mas estamos tentando colocar os usuários nestas discussões.” (representante dos usuários)

e de outras ligadas as especificidades políticas de cada local:

“A Santa Casa é o núcleo do corporativismo médico; como a câmara tem médicos como vereadores, não se tem interesse que funcionem o conselho municipal de saúde, muito menos um conselho gestor.” (vereador - câmara dos vereadores)

Um outro elemento freqüentemente abordado nos depoimentos e reuniões dos conselhos estudados foi a representatividade social dos conselheiros. Neste tema, pelo menos duas questões podem se destacadas: a primeira diz respeito à legitimidade do

⁷⁴ AIH significa Autorização de Internações Hospitalares que é o documento central do Sistema Público de Remuneração de Internações Hospitalares no Brasil e a UCA consiste na Unidade de Cobertura Ambulatorial que integra o Sistema Público de Informação e Remuneração de Serviços Ambulatoriais no Brasil - Ver LEVCOVITZ, E & PEREIRA, T.R.C. SIH/SUS (SISTEMA AIH): Uma análise do Sistema Público de Remuneração de Internações Hospitalares no Brasil -1983-1991 (*Série de Estudos em Saúde Coletiva n. 057*) 1993.

representante da entidade que representa no conselho e a segunda refere-se à representatividade de alguns segmentos como representativos de fato da população, como por exemplo o movimento associativista.

Na primeira, a cooptação das lideranças comunitárias pelo aparelho de Estado surge como principal causa da ilegitimidade da representação, 'por vezes colocada como um dos problemas inerentes à sustentação das entidades no próprio fórum de discussão'⁷⁵. Estas situações foram denunciadas em alguns conselhos:

“o conselheiro denuncia que o presidente da associação de moradores tem um cargo de confiança do prefeito, e que não tem legitimidade para retirar uma liderança que foi eleita numa assembleia ampla e democrática”. (ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Resende)

Em outros a representatividade de entidades se confunde com a representatividade de pessoas. A presença de representantes, que são diretores técnicos de hospitais ou integrantes do corpo executivo da secretaria, na fração de usuários, denota o caráter conflituoso de interesses particulares por vezes distinto do socialmente dominante⁷⁶:

“procuramos questionar este tipo de participação, onde o representante de um segmento, que na verdade representam outros segmentos até mesmo outros interesses, mas foi aprovado assim mesmo.” (secretário executivo do Conselho Municipal de Saúde)

Já a segunda questão remete à outra discussão ainda mais vasta e complexa. A representatividade dos segmentos indicados para os conselhos tende a esbarrar na representatividade dos órgãos de execução municipal da estrutura do Estado. Isto aponta para a discussão da autenticidade de seus pleitos eleitorais em representar, o que parece ser o elemento único de representação: a sociedade.

Os representantes do poder executivo são indicados pelos candidatos eleitos nos colégios eleitorais municipais⁷⁷:

“(...) quando eu digo: ‘sou representante da sociedade civil’, aí vem um sujeito e diz: ‘você não é representante da sociedade civil e sim de um segmento social’. Quando vem alguém do governo e diz :‘eu sou

⁷⁵ Ver Pinheiro, R - A Análise do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995 (*Série estudos em Saúde Coletiva*; n.109), 1995.

⁷⁶ Entre os representantes da fração usuária no Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana, o representante do Rotary Clube, neste momento, exerce a função de diretor técnico na Santa Casa de Misericórdia e na Secretaria Municipal de Saúde, também é proprietário de empresa prestadora de serviços hospitalares.

⁷⁷ A legislação eleitoral brasileira estabelece que o vencedor das eleições será o candidato que obter 50% mais um do votos do colégio eleitoral do local de sua candidatura.

representante do governo'; o chefe dele não vai dizer que não está representando o governo. (representante dos usuários)

Por sua vez, existem representantes que percebem a pequena magnitude de sua representatividade⁷⁸.

“nós somos 10% da comunidade do município. O COMAN é 10% da sociedade Angrense, da sociedade ativa. Eu me sinto representativo, mas de um setor social, mas não somos representantes da população. Somos uma parte orgânica de um determinado segmento da sociedade. Nos discursos políticos chamam a gente de comunidade. (representante dos usuários)

Estes fatos podem ser consubstanciados pela existência de críticas, em fóruns populares, à propostas participativas oficiais⁷⁹. No II Encontro Popular de Saúde indagavam-se sobre as formas de participação do movimento popular em fóruns institucionais: *como representar a comunidade sem excluí-la?*⁸⁰

É importante assinalar que nos três conselhos investigados existia um nítido processo de esvaziamento de suas entidades representativas. A falta de quorum tem sido recorrentemente observados nos depoimentos das entidades e nos registros de reuniões. O esvaziamento identificado nestes conselhos, segundo depoimentos, deve-se ao fato de o Estado, através de suas instâncias municipais, não reconhecê-los com instâncias de decisão.

“o Poder publico não reconhece as nossas decisões. Nós participamos, controlamos e fiscalizamos. O conselho decide mas o poder público pouco comparece” (representante dos usuários)

Ou senão, pelo menos de não reconhecê-los, na representação de seus segmentos, como parceiros nas discussões e conseqüentemente nas decisões.

“O Conselho Municipal de Saúde não é reconhecido pelo governo, eles não nos vêem como parceiros.” (representante dos usuários).

⁷⁸ Existem estudos do IBGE informando que cerca de menos de 10 % da população está ligado algum movimento associativista. Outro dado: preconiza-se para os conselhos municipais de saúde que sua composição não ultrapassem de 20 membros. Destes, a sociedade deverá ficar com 50% em relação aos demais.

⁷⁹ Ver Boletim do II Encontro Popular de Saúde realizado na Cidade de Deus no estado do Rio de Janeiro, no ano de 1985. Neste fórum o entendimento era de que a autonomia e independência do movimento popular constituiu-se o ponto chave de sua sustentação, evitando o seu engessamento e atrelamento ao estado.

⁸⁰ Ver MATTOS, A. Participação Popular ou Cidadania Regulada. Movimentos Populares pela Saúde no Rio de Janeiro (1980-1988). Tese de Mestrado em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: I.F.C.S/UFRJ. Novembro de 1989.

A ausência de uma estrutura formal de prestação de contas também surge nos depoimentos como uma das causas do seu esvaziamento.

“a criação do conselho gestor da santa casa e a ausência de uma de uma estrutura formal, por exemplo de apresentação rotineira de balanços do SUS, de alguma forma contribuíram para o esvaziamento do Conselho Municipal de Saúde. (representante do poder publico)

Não obstante a “indiferença” dos governos municipais aos conselhos municipais de saúde, juntamente com o exame das falas e leitura de documentos, foi possível identificar através da participação em reuniões, recorrência de dois assuntos, permanentemente debatidos nesses conselhos: *a gestão dos hospitais filantrópicos - as Santas Casas, e a formulação do orçamento municipal da saúde*. Contudo, esta discussões caminharam distintamente nas três localidades. No caso específico de Angra, o conselho discutiu o assunto *Santa Casa* por mais de um ano, até a sua intervenção e instalação de um conselho gestor. Hoje esta instância é considerada politicamente mais importante que o próprio Conselho Municipal de Saúde, conforme a análise dos representantes do executivo municipal e representantes da fração usuária.

“Hoje o conselho gestor é politicamente mais importante do que o Conselho Municipal de Saúde, inclusive com maior divulgação pela mídia, isto é uma distorção” (representante do poder executivo municipal)

“Nós fomos a favor da intervenção , porque o movimento queria a intervenção. E obrigatoriamente participar do controle da gestão da santa casa, através da co-gestão” (representante dos usuários)

“no caso da Santa Casa apoiamos o governo para melhoria do atendimento da população” (representante dos usuários)

Em Resende, o Conselho Municipal de Saúde solicitou Ministério Público que intervesse no pedido de auditoria na Secretaria Municipal de Saúde. Reconhecendo as denúncias do conselho, o Ministério Público, declarou a obrigatoriedade da realização da auditoria, pela própria secretaria municipal de saúde atendendo às reivindicações do Conselho Municipal de Saúde. Com resultados não satisfatórios para os conselheiros, o Conselho Municipal de Saúde rejeitou o parecer da auditoria, alegando o descumprimento dos parâmetros legais reivindicados. Coincidentemente, a

seguir a este fato, ocorrido em agosto de 1994, o Conselho não conseguiu mais atingir o quorum em suas reuniões, ocasionando o seu esvaziamento progressivo⁸¹.

“A auditoria realizada pela secretaria municipal de saúde, não mostrou nada, nem as denúncias que fizemos e o Ministério Público aceitou, diz a conselheira, e acrescenta que a secretaria não obedeceu os parâmetros estabelecidos pela comissão fiscal do conselho para a licitação da empresa de auditoria externa. (ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde de Resende)

No município de Bom Jesus, o processo de esvaziamento do Conselho está relacionado ao grau de importância dos assuntos que é dado pelo secretário municipal. Ao analisar os documentos, observa-se que na grande maioria das reuniões as pautas consistiam numa demanda do Estado para a aprovação de prescrições legais que requeriam a aquiescência dos conselhos.

“no CMS decide o que está decidido” (representante dos usuários)

“acho que deveríamos discutir antes, em outras reuniões. Do jeito que são colocadas as coisas, não dá para discutir nada. Aliás a gente consegue as coisas é nas portas dos postos, nos consultórios, não é no conselho.” (representante dos usuários)

Uma vez este processo reconhecido, o Estado, através de seus órgãos executivos, procurou mobilizar, com a convocação das Conferências Municipais de Saúde, as entidades representativas da sociedade local. Em algumas dessas localidades constata-se, nas atas de reuniões dos conselhos, a existência de uma demanda por uma ampliação de sua composição com a inclusão de outras entidades não contempladas no seu processo de formação - Igrejas, associação de Pensionistas. Já em Resende, além dessa ampliação, foi aprovada na plenária da Conferência Municipal no final do ano de 1994, a decisão de que o conselho deveria ter como presidente um representante dos usuários.

Aparentemente, nas localidades estudadas, a forma de participação no planejamento das políticas de saúde locais tem se restringido, concretamente, à elaboração do plano municipal. Alguns representantes desses conselhos, juntamente com as secretarias promovem mecanismos de ampliação dessa participação, realizando pré-conferências e mini-congressos em seus distritos e bairros (Angra e Resende), ou senão optam pela contratação de uma assessoria interna de técnicos

⁸¹ O Conselho Municipal de Saúde de Resende requereu ao Ministério Público que interviesse junto a Secretaria Municipal de Saúde para a realização da auditoria externa. Esta discussão constituiu-se no tema de várias reuniões do conselho, sendo amplamente divulgado na imprensa local.

juntamente com conselheiros, para elaborá-lo e apresentá-lo posteriormente a plenária do conselho. (Bom Jesus de Itabapoana).

5.2. O controle e avaliação no Conselhos Municipais de Saúde: como fazê-los?

As competências dos conselhos municipais de saúde, no que se refere a controle e avaliação no planejamento e gestão em da saúde, estão claramente definidas nos regimentos e atos legais que normatizam o seu funcionamento. Controlar as ações dos serviços de saúde, fiscalizar a aplicação de verbas para o setor e avaliar os contratos e convênios com o setor privado, compõem algumas de suas atribuições.

Não obstante o cerco legal que se criou, de controle e avaliação da sociedade sobre os mandantes do poder público, a realidade tem evidenciado uma importante contradição. Esta contradição reside no fato de que a norma estabelecida exige, embora informalmente, um grau de conhecimento técnico nem sempre alcançável pelos membros dos conselhos. Além de uma formação política dos conselheiros, que varia de acordo com o padrão de representatividade das entidades indicadas.

A prestação de contas consiste na principal atividade de controle e avaliação dos conselhos. Em todos os conselhos analisados observa-se, com freqüência, o item prestação de contas nas pautas de reuniões; o que os diferenciam são as formas de realizá-las, bem como as instituições que serão avaliadas. Neste momento acentua-se a incompreensão dos termos técnicos por parte da fração usuária, já observada como obstáculo à participação.

“Na prestação de conta, sou leigo para falar alguma coisa, pois quem sabe onde aplicar o dinheiro é o secretário, a gente pode até ter uma noção, mas nunca sabe o que está acontecendo de verdade. (representante dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

“A Secretaria Municipal de Saúde presta contas ao Conselho Municipal de Saúde, as informações ficam a disposição na Secretaria Municipal de Saúde, inclusive de como é feita a captação e aplicação de recursos. A grande maioria dos conselheiros entende o que está sendo dito, mas as entidades comunitárias não se interessam, digamos assim, não sabem a sua função. (representante da Ordem dos Advogados do Brasil no Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

“Para a comissão fiscal controlar algumas coisas, é difícil, pois estamos fazendo um trabalho sobre o que desconhecemos. (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Resende)

Embora sejam reconhecidas tais funções, alguns representantes dessas localidades atestam que são insuficiente os mecanismos de controle e avaliação da saúde local:

“Não estamos exercendo plenamente as nossas funções de controle e fiscalização.”(representante sindical do Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis).

“As discussões sobre a formulação da política de saúde municipal aqui em Angra, sempre se deram no âmbito do conselho, mas o acompanhamento destas questões ainda não está organizado” (representante do poder publico)

Para outros a incompreensão transcende os limites técnicos e legais de atuação do conselho, apontando para a prematura implantação do sistema de saúde nacional - o SUS:

“Na verdade o Sistema Único de Saúde foi jogado para os municípios e para a população. Ainda estamos muito despreparados, para participar deste processo. A gente esta se adaptando”. (representante dos usuários do Conselho Municipal de Angra dos Reis)

Criam-se comissões, como alternativa do exercício contínuo dessas atividades:

“criamos um conselho fiscal para fiscalizar as contas da secretaria e descobrimos muitas irregularidades, desvio de combustíveis, de verbas.” (representante dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Resende)

E parece ser importante para a sua sustentação:

“Descobrimos contas abertas sem o nosso conhecimento, com isso abrimos um auditoria. Isso deu um salto no conselho.” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Resende)

Contudo, somente a formação de comissões, não garantiu pleno exercício do controle e avaliação nos serviços de saúde prestados à população municipal:

“Todas as entidades, as Santa Casas, as Clínicas, as Casas de Saúde, enfim, todas que estiverem utilizando os recursos SUS tem que prestar contas. Formamos comissões, mas aqui somente a Secretaria presta contas” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

“O representante dos usuários diz que o poder publico não respondeu ao pedido de esclarecimentos sobre as contas da secretaria, por isso a procura da Procuradoria Pública para exigir uma auditoria” (ata de reunião do conselho Municipal de Saúde de Resende)

Ainda que as partes cobradas contestem:

“nós prestamos contas trimestralmente. Nós trabalhamos como uma auditoria permanente, mas os críticos políticos [os conselheiros petistas] que analisam as contas não tem conhecimento para fazê-lo.” (representante do poder executivo do Conselho Municipal de Saúde de Resende)

“Não prestamos contas porque nunca fomos cobrados. A SMS é quem tem que cobrar...” (representante dos prestadores de serviços do Conselho Municipal de Bom Jesus de Itabapoana)

Aliada ao desconhecimento da própria estrutura do sistema de saúde como um todo, falta aos representantes desses conselhos clareza sobre os trâmites legais, como por exemplo dos mecanismos de financiamento do sistema, os quais o conselho legalmente está ligado⁸².

“O maior problema aqui é discutir AIH. Não sabemos os valores... alguns entende, outros não.” (representante dos usuários do Conselho Municipal de Saúde)

Em outro município, com o estabelecimento de instâncias gestoras como alternativa de gerenciamento global de unidades do sistema, pretende-se cumprir essa finalidade.

“As contas da santa casa o conselho fiscaliza e discute, o conselho gestor mais ainda...” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis)

Mais uma vez torna-se evidente a persistência da linguagem como obstáculo ao funcionamento desses conselhos. Ultrapassar as barreiras do discurso técnico consiste em ir além dos termos específicos, significa procurar romper com práticas antigas de persuasão no âmbito do executivo municipal,

“Prestar contas daquele jeito. O linguajar que é difícil. Eu estou envolvido um pouco mais, ainda entendo..., mas as propostas são colocadas tão rápida que não dá tempo de analisar. (representante dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

reconhecer as fragilidades na organização do associativismo

“Quando querem votar uma coisa importante para eles, os representantes do poder público comparecem, e eles ganham mesmo

⁸² Ver Lei 8142/91 lei que dispõe sobre os repasses de recursos e participação da comunidade *op.cit.* 1991

que a proporção seja igual não conseguimos impedir. É uma fragilidade do movimento.” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis)

e acirrar posições no confronto de interesses socialmente distintos.

“Há uma disputa grande dessas partes [usuários e poder executivo] por poder, ou melhor duas visões de mundo que não davam certo. Não havia consenso. Tinha muita discussão e efeito prático nenhum” (representante dos prestadores de serviços do Conselho Municipal de Saúde de Resende)

Com efeito, a fração usuária tende a buscar soluções imediatas em outros lugares e não nos conselhos estudados.

“Quando a gente quer resolver as coisas, nós resolvemos nos postos ou na secretaria, no Conselho mesmo não se resolve nada. (representante dos usuários)

Alguns representantes contemporizam esta questão:

“Aqui em Angra temos vários fóruns de discussão que decidimos: participamos e controlamos as verbas, como no Conselho de Orçamento Municipal e no Conselho Gestor da Santa Casa. O que precisamos e relacioná-las com o Conselho Municipal de Saúde.” (representante dos usuários)

Restam as críticas à falta de informações e não priorização das necessidades da população.

“Quando a gente vai lá e diz que não temos nada a ver com isso. Ora se os postos de saúde existem, não é para servir o prefeito e nem para servir o secretário, é para servir a população. A comunidade é quem sabe se está bom ou não, se ela criticar, o governo tem que agir e intervir para melhorar. Eles não são donos não, São eleitos para representar a gente, defender o povo” (representante do usuários do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

“Tudo que a gente pedia era negado, alegavam falta de verbas. Estabelecíamos as prioridades e não foram cumpridas.”(representante dos usuários do conselho municipal de saúde Resende)

A crescente preocupação com os destinos dos recursos e a eficiência dos serviços tem evidenciado o predomínio da racionalidade econômica aliada à produção de serviços como requisitos básicos para o atendimento da população.⁸³

⁸³ Ver COHN, A. Descentralização, Saúde e Cidadania - Revista Lua Nova n. 32 pag.8-16

“Utilizaram verbas públicas naquilo que eles acharam de prioridades e não as discutidas no conselho.”(representante dos usuários no Conselho Municipal de saúde de Resende)

“O CMS não controla e não fiscaliza nada. Se pudemos controla a verba...”(representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis)

“A gente está lutando para ter acesso as contas do hospital e de tudo”.(representante dos profissionais de saúde do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana).

Já a produtividade dos serviços tem uma estreita relação com a frequência dos profissionais de saúde, em particular do médico. Neste momento os conselhos vem desempenhando ações que extrapolam as suas competências coletivas de controle, passando de representantes de instâncias colegiadas de gestão para representantes da administração de pessoal.

Pelo menos nestes conselhos inexistem qualquer mecanismo formal ou mesmo sistematizado de controle, avaliação ou qualidade dos serviços de saúde. As ações consideradas nos depoimentos, como sendo de controle e avaliação de controle, ainda que conflituosas, restringem-se a fiscalizar os médicos no cumprimento de sua carga horária horária, ou senão toma-se como base de avaliação a relação individual que cada um deste tem com os mesmos.

“Os médicos faltam mesmo, chegam atrasados ou ficam dormindo, eu não falei nada na reunião para não ter problemas, mais é assim mesmo. (representante dos usuários)

“Temos que encontrar um caminho para resolver esses problemas, pois o conselho tem que exercer suas funções de controle social, porque sempre sobra para o mais fraco, o doto fica saindo cedo, acaba não fazendo nada. Esse problema já é antigo, eu já tinha avisado antes ao doutores: ‘antes que o conselho bata a nossas porta, vamos mudar não posso mais evitar.’ (representante do poder executivo)

Ao mesmo tempo que atuam como “supervisores” das unidades de serviços, com apontamento de faltas de servidores, os representantes realizam um controle “velado” que serve tanto para população, com a denuncia do faltosos, como para o Estado. Ou seja, para o Estado: médicos presentes, mais procedimentos técnicos realizados, mais recursos financeiros que o poder executivo municipal irá dispor.

Apesar de inexistir, no contexto desses conselhos, uma conceituação geral de controle e avaliação, é possível identificar uma lógica distinta da anteriormente descrita,

“Dos quinze programas apenas quatro estão formalmente formados. Os demais, os programas são os próprios médicos, sem nenhuma sistematização (representantes dos usuários em Resende)

mas na execução de tarefas parece requerer cautela de seus participantes e observadores:

“Os hospitais prestam contas? não possa falar inteiramente sobre isso. Eu achava que tinha que haver uma fiscalização direta, pois não tem. (Vereador)

Evidenciando sinais de constrangimentos semelhantes aos vistos quando à análise, neste mesmo capítulo, do processo a participação .

“A gente tem que ir devagar porque a gente depende deles. Tudo pode a princípio: ‘a secretaria está aberta para receber qualquer pessoa para prestar contas’, mas você chega lá e é recebido por um cara que diz: ‘a associação não tem nada haver com isso, quem manda na saúde é o prefeito e o secretário’. (representante dos usuários em Bom Jesus de Itabapoana)

Talvez precise ter coragem para controlar e avaliar:

“ninguém tem coragem de pegar os papéis na secretaria e fiscalizar (representante dos prestadores de serviços em Bom Jesus de Itabapoana)

Em Resende, além da coragem, a persistência dos conselheiros de saúde torna-se fundamental para superar os percalços ocasionados pelo poder executivo municipal. Segundo os representantes, o maior deles é a dificuldade de acesso a documentos e informações:

“Depois de superar inúmeras dificuldades criadas pela prefeitura para fornecer documentos necessários, a comissão fiscal analisou as despesas realizadas pela SMS constatou diversas irregularidades, constantes no seu relatório preliminar, onde pede esclarecimentos ao poder público. Esse relatório foi aprovado em reunião do conselho em 02.09.93. (Ofício enviado a Promotoria Publica)

“de acordo com os representantes dos usuários o orçamento precisa ser mais detalhado, mais informações para melhor compreensão.” (ata de reunião do Conselho de Angra dos Reis).

A utilização da mídia para divulgação das ações do conselhos tem sido apontada como um importante instrumento de visibilidade e pressão:

“as irregularidades do orçamento foram denunciadas nos jornais, temos o respaldo no regimento que podemos fazer isso.

(...) faremos isso toda vez que o poder publico municipal não responder as ações do conselho (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde em Resende)

“O Conselho Municipal de Resende fiscaliza verbas da saúde no primeiro semestre e encontra uma serie de irregularidades” (Jornal Voz da Cidade - Resende - 27/02/93).

“Os conselheiros de saúde vão falar da II Conferencia Municipal de Saúde no rádio e anunciaram a data do abraço a santa casa.” (Ata de reunião do conselho municipal de saúde de Angra dos Reis)

Mesmo com os casos de denúncias de irregularidades e críticas à ação do Estado, os representantes dos conselhos relatam conquistas de espaços institucionais:

“Uma das maiores conquistas foi a votação do orçamento, questionamos e decidimos muitas coisas de acordo com as nossas prioridades do conselho, a mais interessante foi a diminuição das verbas do secretario. (representante do Conselho Municipal de Saúde de Resende)

“Com o conselho garantimos a intervenção e a criação do conselho gestor. Nós abraçamos a Santa Casa. (representante do poder executivo no Conselho Municipal de Angra dos Reis)”

“Agora está muito melhor, hoje pelo menos a gente fala” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Bom Jesus de Itabapoana)

Enfim, na opinião dos representantes usuários dos conselhos estudados o Conselho Municipal de Saúde não é uma instância de participação e controle social:

“O CMS não é um espaço de controle e participação social. É mais um espaço de difusão de informações, e poder ter acesso às mesmas, para executarmos nossas ações, só vai ser possível quando a secretaria permitir o acesso a informações (representante dos usuários)

Existem aqueles que chegam até mesmo a fazer uma autocritica de suas entidades:

“O movimento tem que sair da prática do pires na mão e o governo seja de fato parceiro e não ter um conselho manipulável. isso será resolvido quando formamos novas lideranças (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis)

É interessante notar a leitura de alguns conselheiros sobre o próprio Conselho que participam. Nos depoimentos surgem opiniões distintas sobre a possibilidade do Conselho Municipal de Saúde de vir a exercer atividades de controle e avaliação da saúde em âmbito local. Mas algumas destas são pragmáticas:

“Sabe como é que é o conselho aqui? é que nem a história do gato e do rato. O gato sempre pegava os ratos, aí os ratinhos se reuniram num conselho para decidir como poderia derrubar o gato. Um deles falou: ‘tive uma idéia: vamos colocar um guiso no gato quando ele chegar perto, vamos escutar o barulho do guiso e vamos sair correndo.’ Todos acharam a idéia ótima, ficaram muito felizes, mas teve um que levantou e disse: ‘Ei! esperem tem uma coisa’. Outro ratinho perguntou: ‘O que é?’. ‘Quem vai colocar o guiso no gato? disse ele. É o causo né. Como diz o assessor do secretário: ‘manda quem pode obedece quem tem juízo.’ (representante dos usuários de Bom Jesus de Itabapoana)

5.3- A Descentralização e os Conselhos Municipais de Saúde: a luta pela autonomia e ensaios democráticos

A atual Constituição considera os municípios como partes integrantes da federação. Isto tem conduzido a uma identificação conceitual do termo descentralização de municipalização⁸⁴. O artigo 18 da Constituição vem confirmando que “a organização político administrativa da Republica Federativa do Brasil, compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição.”⁸⁵

Com sua tendência descentralizante, a nova Constituição brasileira aponta para uma ação reativa ao centralismo e autoritarismo do sistema político anterior, ou seja, trazendo no interior de suas sanções concepções de um Estado Moderno, norteado pelos princípios de democratização, de autonomização e de participação popular⁸⁶. Ainda que independentes entre si, as unidades subnacionais tem competências comuns às esferas públicas, que abrangem vários setores sociais como saúde e educação.⁸⁷

No caso específico da saúde, os Conselhos Municipais de Saúde surgem como instrumentos habilitadores do processo de descentralização no âmbito municipal.⁸⁸ Permanentes e de caráter deliberativos, os conselhos deverão atuar na formulação e no controle da política de saúde local⁸⁹.

⁸⁴ Ver Sato, A.K. Descentralização: um Tema Complexo. *Texto para Discussão n.314*. IPEA, Brasília, out. de 1993.

⁸⁵ Ver Brasil, Congresso Nacional. *Constituição Federal*. Brasília. Gráfica do Congresso Nacional. 1988. capítulo Saúde

⁸⁶ Sato, A.K. *op cit*, pag.7

⁸⁷ Ver Brasil, *op.cit.* artigo 23

⁸⁸ Ver Brasil. Ministério da Saúde Portaria MS/n.545 de 20/05/93. Norma Operacional Básica SUS 01/1993. Diário Oficial da União DOU de 24/05/93.

⁸⁹ Ver Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Desenvolvimento e Controle e Avaliação dos serviços de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento e Avaliação dos Serviços de Saúde. Manual “*Avançando para a Municipalização Plena da saúde O que cabe ao Município*”, MS/1.edição. Brasília: Ministerio da Saúde/SAS. pag. 14

O processo decisório nesses conselhos tem evidenciado tomada de posição eminentemente políticas, num jogo de poder que envolve autoridades governamentais eleitas e nomeadas, líderes de partidos políticos e grupos de interesses. Compreende-se por grupos de interesses as representações de segmentos da sociedade civil, que incluem desde o empresariado, na busca melhores opções de negócios dentro do Estado, como os representantes de movimentos associativistas, sindicais ou grupos de pressão específicos - associação dos deficientes físicos e portadores de patologias.⁹⁰

Uma primeira afirmação que consta nos depoimentos dos representantes de usuários, é de que esses conselhos teriam um caráter de ratificação das ações do Estado, que podem servir tanto para atender prerrogativas constitucionais,

“Eu acho que o conselho foi fundado porque a prefeitura recisava dele, mas não foi respeitado seus poderes.” (representante dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Resende).

como legitimar propostas partidárias

“Eles querem legitimar um governo de esquerda com proposta transformadora no discurso, mas na prática não é bem assim.” (representante dos usuários)

ou mesmo aprovar decisões *inconstitucionais*

“eu convoquei o Conselho Municipal de Saúde e coloquei para os conselheiros: eu vou colocar na mão de vocês uma decisão inconstitucional: vamos atender a população de uma maneira completamente sem eficiência, até o dia 10 de cada mês ou atenderemos com decência aquelas pessoas que realmente necessitam durante todo o mês? o conselho votou pela segunda. Criamos a triagem social⁹¹”

(...) eu sei que é inconstitucional, mas o Ministério Público estava presente e acabou acatando a decisão“ (representante do poder executivo do conselho municipal de saúde de Bom Jesus de Itabapoana).

Contudo, existem representantes que assinalam as ligações interinstitucionais entre os Conselhos Municipais de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, sendo que não se constituem em obstáculos para o exercício de suas funções.

⁹⁰ Sato, A.K. *op.cit* pág 7

⁹¹ A Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus criou a “triagem social” para sanar as dificuldades financeiras de gestão das unidades de saúde pública e conveniadas no ano de 1993. Nessa triagem estão reunidos um grupo de assistentes sociais que selecionará os usuários do Sistema Único de Saúde, para tanto é necessário residir no local das unidades de serviços de saúde (título de eleitor) e comprovante de renda (renda inferior a dois salários mínimos). Para implantar a triagem social o secretário de saúde apresentou a proposta no conselho que foi aprovada por “unanimidade”.

“o Conselho Municipal de Saúde é da secretaria, mas não é a secretaria” (representante do poder executivo municipal).

Ao mesmo tempo se afirma o papel legitimador e ritualístico desempenhado pelos conselhos; estes, são definidos, por parte de representantes, como espaços de disputas por poder, que pode ocorrer entre partidos,

“Aqui no conselho existe uma disputa de poder entre dois blocos distintos: um é da secretaria [PDT] o outro é do PT. (representante dos prestadores de serviços do Conselho Municipal de Saúde de Resende)

ou uma disputa entre órgãos para ocupar o mesmo patamar (ainda que político) de decisão

“A reunião foi iniciada com um pedido de esclarecimento sobre o responsável pelo conselho gestor? o secretario e presidente do conselho explica que o contrato da co-gestão assinado entre a prefeitura e a irmandade diz que são os usuários do Conselho Municipal de Saúde e não o COMAN” (ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis).

“(...) essa palavra poder esteve presente em quase todas as falas nessa última reunião ordinária, que era para decidir quem teria assento num conselho politicamente mais importante.” (representante do poder executivo de Angra dos Reis).

Nesse confronto de interesses desiguais, têm sido denunciadas práticas antigas de setores historicamente hegemônicos na política de alguns locais:

“Parece que o hospital domina tudo por aqui, é o INAMPS que decide tudo” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana).

Com efeito, a autonomia vem sendo freqüentemente relacionada aos participantes que integram o processo de decisão,

“O Conselho Municipal de Saúde até tem autonomia, mas vai depender do interesse das partes. (representante dos prestadores de serviços)

sobretudo pela capacidade de articulação política de seus representantes.

“Nós temos uma capacidade de articulação política muito grande, para aprovar nossas propostas, achava que o movimento associativo deveria fazer o mesmo, este é jogo democrático.” (representante do poder executivo).

Tornam-se evidentes na discussão do processo de tomada de decisão nesses conselhos algumas limitações do seu caráter deliberativo. Trata-se de uma tendência a “deslocamentos” sucessivos de decisões de setores sociais (aqui saúde) para outras instâncias do administrativo municipal. Na grande maioria das vezes o motivo destes “deslocamentos” está relacionado a questões financeiras e organizacionais, ou seja o Conselho Municipal de Saúde cria um vínculo de dependência com o próprio administrativo municipal. Isto denota uma contradição: se faz parte do processo de descentralização dos recursos financeiros a existência de Fundo Municipal de Saúde para gerir os serviços de saúde no município e se uma das funções do Conselho é administrar-los, como atrelar-se à própria estrutura pública de poder municipal para efetivar suas decisões? Talvez uma explicação seja a seguinte: que existem conselhos mas não existem fundos; se estes existem são desestruturados, nos aspectos contábeis e financeiros; ou não existe nem fundo e nem conselho.

Por outro lado, pelo menos, claro está, nos conselhos estudados, que estes “deslocamentos” estão relacionados com o estilo de planejamento e gestão de serviços públicos adotados pelos governos municipais, sobretudo pela forma de organização política e social nestes locais.

É interessante notar no município de Angra dos Reis, que a opção pela distritalização da saúde como um elemento estratégico de planejamento e serviço de saúde local, juntamente com a criação de outros fóruns institucionais por toda rede⁹² - Conselhos Gestores de Unidades e Conselhos Distritais, impõe outra forma de “deslocamentos” de decisões. O processo decisório dar-se-ia no espaço onde as suas ações são realizadas. A correlação de forças que se estabelece entre estas instâncias, esta na disputa política que incluem novos agentes institucionais

“o conselho gestor tornou-se politicamente mais importante que o conselho municipal de saúde, porque lá discutimos e decidimos. Até conseguimos tirar o administrador do hospital.(representante dos usuários)

mas com a valorização dos aspectos econômicos

“O conselho de organismo é a matriz de outros conselhos, reunimos cerca de 80 a 100 pessoas, não adianta aprovar as coisas porque se é o Conselho de Organismo que discute o percentual. É claro que reconhecemos a legitimidade política dos demais conselhos, mas observamos os abusos” (representante do poder executivo municipal)

⁹² Segundo o técnico do governo municipal a proposta de gestão do PT para o município de Angra dos Reis, privilegiava a estruturação de fóruns institucionais em formas de órgãos colegiados no seu secretariado. No caso específico da saúde esta ação desdobra-se com a criação de Conselhos Gestores de Unidades, Conselhos Distritais, Conselho Gestor da Santa Casa e Conselho Municipal de Saúde.

Já no município de Bom Jesus de Itabapoana, evidencia-se um "estilo" de planejamento e organização de serviços de saúde centralizante e com um processo decisório verticalizado⁹³ Tomando-se como fonte as pautas de reuniões do conselho municipal de saúde, identifica-se nos depoimentos de seus representantes, uma tendência a associar de eficiência a aperfeiçoamento tecnológico. Equipara-se alta tecnologia à atendimento de qualidade a ser prestado a população. Este entendimento tem implicado na aquisição cada vez maior de equipamentos e na incorporação progressiva de tecnologias sofisticadas, demandando sempre mais recursos.

Em Bom Jesus de Itabapoana, o tema da "alta tecnologia para os pobres" tem sido frequentemente abordado em suas reuniões. Para tanto surge no âmbito de discussão do conselho a aprovação de credenciamento de serviço de alta tecnologia,

"para que o credenciamento de Hemodiálise se efetive é necessário que o Conselho Municipal de Saúde, soberano nas suas decisões, aprove tal pleito. Submetida a votação foi aprovada por unanimidade" (ata de reunião do Conselho Municipal de Bom Jesus de Itabapoana - 06/04/93)

o aumento de cotas de AIHS

"de posse em referência [pedido de credenciamento de novos leitos para a santa casa] este conselho realizou detalhada análise sobre o assunto, concluindo-se pelo deferimento do pedido. (ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana 22/04/93)

e a alocação de recursos para aprimoramento dos serviços hospitalares.

"O Conselho Municipal de Saúde se reuniu com o fim especial de opinar sobre pedidos de auxílio financeiro à Santa Casa. (ata de reunião do conselho municipal de saúde 05/11/94)"

Ou melhor, aprovar o que os médicos decidiram.

"O que os médicos decidirem está decidido." (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana

E como Cohn⁹⁴ alerta: "com os mecanismos de financiamento estabelecidos no processo de descentralização, é frequente equiparar-se racionalidade e eficiência, entendidas ambas como aumento de produtividade dos serviços de saúde. De fato, os

⁹³ Ver Relatório de Pesquisa : *Descentralização e Gestão dos Serviços de Saúde - Avaliação do Sistema Único de Saúde* - Coordenadores: Eduardo Levcovitz, Mario Roberto Dal Poz, Rubem Mattos João Regazzi Gerki. MS/MS/UBRJ. 1993

⁹⁴ Ver COHN, A. *Descentralização, Saúde e Cidadania. Revista Lua Nova n. 32. Rio de Janeiro. 1994* p-6-16.

critérios de repasses de recursos dos níveis federal e estadual para os governos locais vem sendo crescentemente definidos pela produção de atos médicos (mais restritos que as ações de saúde), perdendo-se de vista a questão fundamental da qualidade e acesso aos serviços.”

Ora, isto aponta para uma outra questão: com esta busca do aperfeiçoamento técnico sob o título “alta tecnologia para pobres”, - que ao mesmo tempo que garante um *status quo* municipal e aumenta as receitas municipais, o conselho não se tornaria um avaliista de um sistema tradicional de interesse que reúne o corporativismo médico, lealdades familiares e patroniais? Seriam, então, os conselhos municipais de saúde capazes de fiscalizar e a controlar o Estado, que inclui estes e outros sistemas numa correlação de forças que lhes é francamente desfavorável? Ficam estas indagações.

Com relação ao município de Resende, observa-se a existência de processo decisório distinto: o da secretaria municipal de saúde e do próprio Conselho Municipal de Saúde. O centralismo das decisões é a principal característica na gestão da secretaria. Todas as normas são tomadas a partir do secretário. Com uma trajetória marcada por constantes impasses com o poder executivo, o Conselho Municipal de Saúde procura alternativas para transpor as barreiras imposta pelo executivo. Uma alternativa seria através de uma articulação com o poder o legislativo

“o objetivo desta reunião é o estabelecimento de uma ponte entre as reivindicações do Conselho e a Câmara. O representante do usuários diz que é importante estabelecer esse acerto de planos com a câmara, que também deve ser fiscalizadora.” (ata de reunião do conselho Municipal de saúde)

com ações no poder judiciário

“Podemos concluir que a Prefeitura Municipal de Resende vem ignorando as decisões do Conselho Municipal de Saúde estabelecidos no plano de ação do Município e em outras reuniões, por isso vamos entrar com uma ação na promotoria pública” (depoimento do representante dos usuários no Jornal Voz da Cidade de de 05 a 11 de agosto de 1994 - Resende).

Em que pesem as dificuldades e opiniões comuns dos representantes desses conselhos no que diz respeito ao seu funcionamento, todas as ações são realizadas isoladamente, não existindo qualquer articulação com as demais esferas públicas estaduais e federais.

“Não se estabeleceu nenhuma relação entre próprios conselhos, as ações são isoladas, cada fórum discute coisas diferentes, são realidades diferentes.” (representante do executivo municipal)

“simplesmente não existe nenhuma relação formal com os outros conselho das demais esferas de governo.” (representante do executivo municipal)

Outro aspecto que merece destaque é o desconhecimento acerca do modelo de saúde proposto - o Sistema Único de Saúde. Perguntas como: o que é o Sistema Único de Saúde, o que é Fundo Municipal de Saúde? foram freqüentemente observadas nos depoimentos dos entrevistados. Sato salienta, no seu trabalho sobre processo de descentralização, as dificuldades de se implementar um modelo pouco difundido, como o Sistema Único de Saúde, inserido numa constituição que espera sua regulamentação através de leis complementares ou mesmo de revisão.⁹⁵ Para alguns desses representantes o Sistema Único de Saúde, através do conselho, vem exigindo o exercício de funções que não constam da cultura política dessas localidades:

“Eu procurei o secretário para saber direito sobre o conselho, sobre o Sistema Único de Saúde. É uma pessoa boa, muito criteriosa, sabe o que é melhor.” (representante dos usuários em Bom Jesus de Itabapoana)

“Não estávamos acostumados ao Conselho Municipal de Saúde. Eles [a população] acharam que o poder de discutir ali era muito mais amplo. (representante do poder executivo Municipal de Resende).

Existem aqueles que “acordam” antes.

“deram-nos a impressão que iríamos mandar na saúde” (representante dos profissionais de saúde de Angra dos Reis).

Já outros representantes acreditam que o próprio Sistema Único de Saúde, assim como a própria Constituição faz parte de uma base política “radicalista” e “paternalista”:

“Eu não sou da teoria radicalista xiita que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o mesmo para educação e habitação. Ora, não tem uma contrapartida orçamentaria disso? A minha opinião pessoal: a constituição é extremamente paternalista e que o país não tem condições, pelo menos ao meu ver, de cumprir o que está escrito.

Por outro lado, para tais limitações tendem a ser atribuídas à reduzida capacidade resolutiva do poder executivo da saúde frente as demais secretarias da administração municipal.

“Há questionamentos aos conselhos: até que ponto sem passar por cima do setor público, estamos realmente formulando as políticas e as decisões do município, independentemente das decisões do secretariado?” (representante dos prestadores de serviços do Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis).

⁹⁵ Ver Sato, A.K. *op.cit* pág 10.

Cohn cita esta questão, quando relata sua experiência no município de São Paulo na gestão do PT:

“ esta baixa capacidade pode ser de um lado pelas restrições impostas pelo próprio processo de descentralização no setor saúde, e pelo outro, pela subordinação da Secretaria Municipal de Saúde à ação centralizadora do aparato administrativo municipal”⁹⁶

Enfim, comparando as diversas análises sobre a descentralização e os conselhos municipais de saúde nos municípios selecionados, observa-se que há uma unanimidade: o grau de autonomia dado aos conselhos é diretamente proporcional aos interesses dominantes nesses locais, independentemente de sua inserção - Estado ou sociedade, sobretudo pelo poder de negociação política de cada segmento ali representado. Isto significa controlar e decidir sob os auspícios de uma burocracia estatal,

“Muitas coisas já vem decididas para o conselho, algumas coisas vem prontas do Ministério da Saúde” (representante dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Angra).

de uma excessiva tecnificação

“O que não podemos é esperar que determine o melhor tipo de contrato cuja a competência é dos técnicos do governo municipal (representante do poder executivo do Conselho Municipal de Saúde de Resende).

e de elites partidárias

“Quando os caras da alta brigam, aí a gente consegue decidir alguma coisa, porque estão divididos, nessa última eleição rachou a política daqui” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana).

5.4 Os Conselhos Municipais de Saúde e a sociedade: a comunicação enviesada.

A constatação e o reconhecimento da importância da informação e da comunicação na relação dos Conselhos Municipais de Saúde com a sociedade, se faz presente de forma intensa nos depoimentos dos conselheiros.

⁹⁶ Ver Cohn, A. *op.cit.* pág.12.

Houve, por parte de alguns desses conselhos, a utilização da mídia como forma de comunicar-se com a sociedade, seja relatando denúncias, seja convocando para ações coletivas de caráter específico no âmbito da saúde, conforme aventado anteriormente neste capítulo, no que diz respeito a participação.

Contudo, não se verificou nenhuma ação planejada de ocupação de espaços em meios de comunicação para divulgação das ações dos conselhos estudados. A única forma de divulgação prevista nos estatutos destas instâncias é a publicação de suas resoluções na imprensa local, o que rigorosamente não ocorre.

As vezes que esses conselheiros falavam no “rádio” ou nos jornais locais, denotavam em suas mensagens um caráter muito mais explicativo, sempre focalizados em fatos políticos específicos, onde o retorno (também político) fosse imediato. As ações que existem eram iniciativas individuais, sem uma definição para si de uma estratégia de comunicação que objetivasse manter um “diálogo” entre a sociedade e o fórum que a representa.

“Nos jornais explicamos o que estava acontecendo que era a falta de compromisso do poder público, mas não existe nenhum mecanismo de divulgação do Conselho Municipal de Saúde, apenas nós mesmo” (representantes dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Resende)

A partir das entrevistas, pode-se aferir certos juízos que diversos membros fazem da relação entre conselho e sociedade. A opinião, quando manifesta, é da incapacidade de comunicar-se com a sociedade, inclusive com as próprias entidades que representam

“a grande maioria da população desconhece. Na minha própria entidade [OAB] apenas 50 % sabe o que é CMS (representante dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana).

Por sua vez, os Conselhos Municipais de Saúde dessas localidades tem-se mostrado como instâncias de captação de diversas demandas e denúncias relativas a funcionamento do Sistema Único de Saúde nos municípios estudados. Há percepções bastantes diferenciadas por parte de seus membros quanto a sua capacidade de captação, mecanismos formais de apresentação das demandas e denúncias, sobretudo da qualidade de seu processamento.

Quanto à captação das denúncias e demandas, estas podem ser resolvidas em outros lugares:

“Aqui em Angra temos os conselhos gestores de unidade e os conselhos distritais, participamos de todos, muitas coisas resolvemos lá mesmo, o que não dá a gente traz para o Conselho Municipal, nós relatamos

como as coisas estão acontecendo lá” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis).

Ou advindas de outros setores, mas com resolução no próprio conselho municipal de saúde:

“nós não discutimos só a saúde, levamos para conselhos denúncias da comunidade com relação a outros setores, como saneamento e conseguimos êxito, saiu publicado até no jornal” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Resende)

Outros optam pela utilização de mecanismos tradicionalmente adotados para avaliação de consumo de bens individuais como caixas de sugestões nas unidades de saúde do sistema sob a alcunha de “sistema de críticas e participação popular”:

“para implantar o sistema de críticas e participação popular nas ações de saúde, o conselheiro sugeriu que se colocasse em todos os sub-postos, urnas lacradas, onde os usuários do Sistema Único de Saúde apresentariam sugestões e apontariam eventuais distorções da rede de serviços, proposta que teve a aprovação dos presentes” (ata das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana).

O fato é que as relações entre os conselheiros e suas bases são débeis, evidenciando um tipo de “conselhismos” entre seus participantes. O conselheiro não retorna as suas entidades para discutir propostas, o que tende a comprometer a legitimidade de suas representações. Em certos casos os conselheiros desconhecem esta prática. Pitta ressalta que a frágil vinculação dos representantes nos conselhos com suas entidades, representa um o perigo ao processo representativo, com risco de perda da legitimidade das entidades que deles fazem parte”⁹⁷.

Mas parece confirmar a discussão sobre a representatividade dos conselheiros, perante a sociedade que o mantém, questão abordada neste capítulo no item 5.1:

“precisamos divulgar mais as coisas para a população, eles não sabem o que estamos fazendo aqui no conselho, porque a gente se reuni no sábado a noite, tudo em prol do nosso município” (representante dos usuários do Conselho municipal de Saúde de Angra dos Reis)

“Com certeza as associações sabem da existência do Conselho Municipal de Saúde embora tenha associações que foram convocadas mas nunca apareceram. Na verdade nunca fiz uma reunião para falar sobre o Conselho Municipal de Saúde (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde em Bom Jesus de Itabapoana)

⁹⁷ Ver. Pitta, A. A Comunicação Serviços de Saúde|População: Modelos Eplicativos e Desafios a partir de Discussões Recentes. *Tese de Dissertação de Mestrado*. IMS/UERJ. Rio de Janeiro. 1994.

A falta de recursos financeiros surge como principal causa do não estabelecimento de canais de comunicação conselhos-sociedade.

“Tem que ter mais divulgação do Conselho Municipal de Saúde, mas o CMS não tem dinheiro, não dá para fazer boletim assim. Tinha que ter uma dotação orçamentaria para isso” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana).

Todavia, isso não é atributo apenas dos conselhos municipais destas localidades, mas do conjunto do País. Em recente pesquisa, da qual se teve a oportunidade de participar, os resultados indicaram que mesmo os conselhos estaduais ou o Conselho Nacional, não possuem nenhuma forma sistematizada de canais de comunicação dos conselhos com a sociedade.⁹⁸

Embora haja aí um princípio necessário à relação Estado e sociedade, deve-se considerar que o padrão de comunicação pretendido para criar visibilidade para os conselhos, está relacionado à qualidade da informação, o que significa aprofundar as discussões sobre acesso e difusão. Pensar sobre o acesso e difusão das informações com relação aos Conselhos Municipais de Saúde, consiste em reconhecer na heterogeneidade de seus representantes a existência de demandas comuns e específicas, portanto informações comuns e específicas. Ou seja não basta somente reconhecê-las, mas qualificar os tipos de informações de modo a adequá-las ao grau de apreensão que cada um desse tem das coisas. Caso contrário é como diz Pitta:

“para um determinado grupo social algumas “informações” podem parecer despropositais ou *sem sentido*, para outro não”⁹⁹

Enfim, isto implica em romper com a noção de que a informação é um bem individual, ou de grupos específicos, portanto só aos seus grupos de interesses (clientela-alvo?) compete compreendê-la, e quando não envolver quanto sejam necessários para sua adequação. Parece que não basta apenas repassar a informação, ou criar formas de comunicação que dêem mais “ibope” para os conselhos, sem ter claro o quê passar e que fluxo seguir. É preciso qualificá-la para aqueles que irão recebê-la, seja para conselhos ou dos conselhos para população, caso contrário corre o risco de se divulgar o que não se sabe.

⁹⁸ Ver Relatório Executivo da Pesquisa: *Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde*. Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde/Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília. 1993.

⁹⁹ Vir Pitta, A.M.R, *op. cit* p.136

5.5 - Os Conselhos Municipais de Saúde e os serviços de saúde: a medicalização da vida.

O perfil das denúncias e demandas por parte dos representantes nos Conselhos Municipais de Saúde, nas localidades investigadas, tem evidenciado uma certa homogeneidade, seja no que diz respeito às razões que resultaram essas demandas ou denúncias, seja com relação a existência de interesses específicos no conjunto de entidades representadas.

A reverência à figura do médico e o apelo à construção de unidades hospitalares cada vez mais especializadas, tomadas por um alto padrão tecnológico de intervenção, são as motivações que predominam no universo do material empírico estudado. Trata-se, portanto, de um perfil de demanda que pretende buscar na atenção médica “altamente especializada” a resolução para seus problemas de saúde. Nota-se, que esta questão vem permeando a maioria das discussões nesse trabalho.

A resolução dos problemas tem sido freqüentemente associada à atenção recebida e avaliada, que baseada na concepção de que todo atendimento de qualidade é aquele que conste de (pelo menos) uma prescrição de medicamento - antevista como eficiente-, termina por impedir outras formas alternativas de tratamento individual do que foi considerado doença¹⁰⁰.

“Queremos uma pediatra mais competente, a que têm não atende bem as crianças, pois tendo remédio no posto, ela manda fazer xarope caseiro” (demanda de uma comunidade ao Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

Aliado a identificação de terapias medicamentosas à eficácia do tratamento observa-se, nessas localidades, que o hospital ocupa numa escala crescente de valores um lugar de destaque.

“A santa casa representa mais de 50 % dos problemas de saúde, é na santa casa que acontecem as coisas de maior importância” (representante dos profissionais de saúde no Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis).

Já em outros destaca-se como a atividade prioritária no conjunto de ações da secretaria.

¹⁰⁰ Ver Boltanski, L - *As Classes Sociais e Corpos*. Graal: Rio de Janeiro. 1989 e Loyola, M.A. *Médicos e Curandeirismo: Conflito Social e Saúde*. São Paulo: Difel. 1984.

“Foi dado prioridade no plano municipal de saúde a criação de um hospital de emergência” (representante do poder executivo no Conselho Municipal de Saúde de Resende)

Com esses relatos permite-se inferir sobre um processo de medicalização nessas localidades, ratificado nos próprios Conselhos municipais de Saúde investigados. Na verdade, estes depoimentos constituem manifestações da representação social dos membros desses conselhos sobre saúde e doença, que tende a refletir o conjunto de valores presentes daquela comunidade. Representação esta, que se constroa a partir da interação dos agentes sociais com universo que partilham, constituindo um modo de vida que incluem, além desses agentes, diferentes atores sociais promovendo concepções distintas numa relação de dominação e subordinação¹⁰¹.

Há portanto que se destacar a possibilidade dos Conselhos Municipais de Saúde servirem de palco para um movimento de apologismo à tecnologia, centrado na figura do médico. Isto tende a influenciar e até mesmo a compor imaginário desses representantes, de tal modo a constituir uma demanda à réplica daquilo que lhes são oferecidos: serviços de alta complexidade com médicos especializados como padrão de qualidade serviços de saúde.

Isto se confirma na recorrente associação feita por alguns representantes dos conselhos municipais de saúde entre alto custo, qualidade dos serviços prestado e acesso desses serviços:

“na oportunidade o conselheiro se posicionou do lado do secretário diante de tais medidas [triagem social] uma vez que hoje o pobre faz exames de alto custo e tem sido atendido” (ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

Talvez sejam os espaços “hospitalares” o local onde a saúde de fato acontece, portanto os verdadeiros espaços de participação. Na opinião dos usuários nesses conselhos.

“Nós sempre tivemos participação na santa casa. Com a intervenção nós oficializamos esta participação. Ai podemos realmente fiscalizar a saúde *in locus*, ou seja no local onde a saúde acontece.” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis)

Contudo, existem conselheiros que percebem algumas diferenças entre políticas de saúde, programas de saúde e médicos

¹⁰¹ Cohn, A. A medicalização o consumo e o imaginário no consumo coletivo de serviços de saúde. *in* Nunes, E; Cohn, A; Jacobi, P e Krasch, U. - *A Saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1991.164p.

“Os programas resumiam-se na figura do médico. Não existe uma política de saúde mental, de saúde do trabalhador”. (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Resende.)

até mesmo que lutem a favor de uma outra concepção de saúde.

“Precisamos de uma medicina preventiva e não de curativa” (resposta do presidente das entidades eclesias de base no Conselho Municipal de Saúde - depoimento dado na entrevista ao jornal Imprensa Livre

“Queremos médicos com mais paciência que escutem o que a gente tem para dizer”(representante dos usuários - no Conselho Municipal da Saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

No contato com as entrevistas e documentos observou-se o predomínio do setor privado sobre o setor público nos serviços de assistência médica. O investimento maciço de recursos públicos nos serviços credenciados, principalmente em entidades filantrópicas, foi identificado nos três municípios estudados.

Este comportamento parece encontrar eco no Conselho Municipal de Saúde, conforme ata de reunião de um desses conselhos,

”A secretaria vem melhorando os serviços de saúde já existente na cidade, ampliando os serviços de todos os distritos, visando um atendimento amplo a todos os necessitados,.., enfatizou o grande trabalho desenvolvidos pelas entidades privadas da nossa terra, e afirmou que o CMS, com poderes deliberativos dará apoio necessário e indispensável a solução de problemas ligados diretamente a política de saúde do município” (ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

sobretudo na aprovação de investimento para o setor.

“O presidente do conselho explicou que o município muito investiu em tecnologia na área de saúde e hoje é considerado importante polo. E que esta classificação foi graças ao maciço investimento do Hospital São Vicente de Paula em tecnologia de ponta.” (ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

É interessante observar que o entendimento predominante, é que o município eleva o padrão de qualidade na medida que incorpora tecnologias mais avançadas, conferindo ao município condição de competir no âmbito de sua área de atuação, seja municipal, estadual ou até mesmo nacional.

“Através da criação de serviços de alta complexidade fez com que a gente se transformassem num município pólo de referência para outros

lugares. Municípios pólos tem um “plus” de recursos financeiros, isso ajuda muito” (representante do poder executivo no Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana).

As descrições das relações entre conselhos e os serviços de saúde tem evidenciado que além da “preferência” dos municípios em investir unidades não públicas, também ocorre a “preferência” dos usuários pelo setor privado em detrimento ao setor publico.

“com a criação do ambulatório no HSVP e devido a suas grande resolutividade no atendimento absorveu quase toda clientela do atendimento ambulatorial da rede publica.”(representante dos prestadores de saúde - conselho municipal de saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

Apesar de todas as “preferências” (Estado e sociedade), constata-se que tais investimentos não conseguiram garantir à todos, o acesso aos serviços. Os “necessitados de Bom Jesus” continuam (já há muito tempo) a fazer denúncias sobre a falta de vagas na rede hospitalar, a “burocratização” nas consultas, inclusive com pagamento de exames somente para aqueles que ganham acima do teto¹⁰² além do privilegiamento de “clientela”

“Como eu posso pagar exames no laboratório convênido com o SUS ganhando três salários mínimos e meio. Da ultima vez que um membro da família ficou doente, nós tivemos que se virar para cuidar.” (representante dos usuários)

“faltam vagas no hospital, mas para o João ninguém, quem paga tem vaga. Eu não falei isso no conselho, mas é verdade” (representante dos usuários)

e os que conseguem parece que não precisam.

“Há gente sabe que problemas de internações, com uso das AIHs, se você olhar os aspectos médicos não deveriam ser internados, mas se for olhar o aspecto social aí tem que internar.” (representante dos usuários)

Alguns representantes da fração usuária atribuem aos médicos, sobretudo na sua relação com o Estado, a consolidação da hegemonia do serviços privado no sistema de saúde municipal,

“Os próprios médicos proporcionam isso. Existem uma máfia aqui em Resende. Criou-se uma classe de elite a partir deles. Todos ganham

¹⁰² Este “teto” é estabelecido pela equipe da triagem social para aferir o grau de “necessidade” do usuários para a utilização dos serviços do Sistema Único de Saúde. Em recente reunião do conselho Municipal de Saúde foi aprovado que as consultas deveriam ser “liberadas” e realizaria-se a triagem social somente para realização de exames complementares.

muito bem e todos são funcionários públicos.” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Resende)

fazendo referência a uma disputa dos médicos por mais poder no “mercado branco”:

“O problema aqui é o choque do poder médico. Existe uma competição por poder dentro na área médica” (representante do poder executivo no Conselho Municipal de Saúde de Resende)

Isso remete à questão: estariam sendo, as políticas do Estado um componente facilitador do crescimento do setor não público de serviços de saúde nessas localidades? serão estes mesmos serviços que imprimem um padrão de atendimento de qualidade à população, calcados em serviços de alta complexidade e em médicos superespecializados?

Consequentemente, observa-se que o perfil dos serviços médicos ofertados, juntamente com a necessidade percebida da sua procura por parte da clientela, tende a esboçar ou mesmo a promover um comportamento que acaba por ratificar a medicalização que são expostas, ao mesmo tempo que “participam” de instâncias que tendem a mantê-la. Medicalização que valida a figura do médico como elemento essencial do sistema.¹⁰³

Configura-se, neste contexto, a importância que os Conselhos Municipais de Saúde assumem nas mediações sobre política de saúde local, estabelecendo o que já foi dito como melhor assistência, como necessidades. Corre-se o risco de as entidades ali representadas defenderem reivindicações tidas como suas, mas impedidas de uma discussão mais ampla, como por exemplo na sua formulação. Enfim, lutas antigas através de poderes renovados.

5.6 - Os Conselhos Municipais de Saúde e outros fóruns de representação: partidarização da participação?

Por mais que se delimitem os espaços políticos dos conselhos de saúde, seja através da limitação do contingente de suas representações seja pela importância política que tem na sociedade, verifica-se, embora implicitamente, uma estreita relação com os demais fóruns de representação política organizados no país.

¹⁰³ Ver Cohn, A. A medicalização o consumo e o imaginário no consumo coletivo de serviços de saúde. *in* Nunes, E; Cohn, A; Jacobi, P e Krasch, U. - *A Saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1991.164p.

Ao mapear essa relação dos Conselhos Municipais de Saúde, nas localidades estudadas observou-se a existência de mais um ator na composição de sua arena política: os partidos políticos. Segundo os entrevistados os partidos políticos, embora não apareçam formalmente, monopolizam a discussão política nos conselhos, nas relações com o poder executivo municipal além de manter estreitas ligações com outros setores políticos local.

Os termos “da alta”, “rótulos de partidos” e “discurso de esquerda” são amplamente utilizados pelos entrevistados, para denominar ações políticas de cunho partidário entre os seus participantes:

“Aqui o sistema adotado é da “alta” e estão todos presentes lá no Conselho Municipal de Saúde, se eles não quiserem nada acontece”. (representante dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

“A partir do momento que conseguirmos nos desvencilhar dos rótulos de partidos, avançamos em algumas coisas no Conselho Municipal de Saúde”. (representante do poder executivo do Conselho Municipal de Saúde de Resende)

“Na prática o CMS acabou sendo formado por uma composição que tem uma tendência “pró-partido do governo”, com um discurso de esquerda montando um monte de conselhos que não funcionam” (vereador de Angra do Reis)

As entrevistas depõem incisivamente sobre as interferências político-partidárias nas discussões. Estas interferências comporiam um *estilo* de representação peculiar, que trariam elementos de correntes partidárias ou mesmo de setores políticos locais hegemônicos. Este estilo pode estar configurado em “blocos políticos do local”,

“O Rotary, a Maçonaria, o Lyons, o Hospital São Vicente fazem parte de um grupo político só, se eles não têm interesse, nada se resolve. Eles de qualquer maneira são atendidos...” (representante dos usuários no conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana).

onde sua influência extrapolaria os limites do próprio conselho municipal de saúde,

“as pessoas que estão ligadas ao hospital tem peso nas decisões daqui, tanto no conselho como qualquer outro lugar de decisão da cidade” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

independentemente de siglas partidárias.

“Existem vários partidos aqui em Bom Jesus, agora estão o PL e PS, antes era PDS,¹⁰⁴ mas é tudo do mesmo time, estão em todo canto inclusive no conselho municipal de saúde” (Bom Jesus de Itabapoana)

¹⁰⁴ As legendas partidárias aqui apresentadas refere-se ao PL = Partido Liberal, PDS=Partido Democrático Social, PT = Partido dos Trabalhadores e PDT = Partido Democrático Trabalhista.

Contudo existem aqueles que ponderam, e argumentam que há “paridade política”.

“O Conselho Municipal de Saúde está montado com os dois lados da política, ele não é panelinha não”. (Bom Jesus de Itabapoana).

Já em outra localidade o conflito partidário é explícito e bloqueia o processo decisório do conselho, gerando impasses.

“Os conflitos e impasses são gerados porque existem representantes do conselho partidários atuantes do partido contrário, principalmente do PT, ao partido do governo [PDT]” (representante do poder executivo no Conselho Municipal de Saúde de Resende) “

No depoimento do representante dos prestadores de serviços, a inércia nas decisões do conselho é causada por uma partidarização das frações representadas no conselho. É curioso notar que o confronto entre representações partidárias distintas é reconhecido pelo representante da entidade prestadora, mas esta, se “exclui” do embate.

“Houve uma partidarização de dois terços do conselho. Nesta parte partidarizada do conselho dividiram-se basicamente em dois partidos: PT e PDT. Uma a favor do governo PDT e uma contra, o PT, a terceira parte neutra se assim eu posso dizer, que somos nós, pois não estaríamos comprometidos com nenhum dos dois lados. Sempre votamos as questões apresentadas no conselho, mas devido esta constante oposição, acabou prejudicando (e muito) o conselho, porque existia a intenção das duas partes de obstruir as votações. Uma parte obstruía a proposta da outra e acabava que o conselho não andava.” (representante dos prestadores de serviços do Conselho Municipal de Saúde Resende)

A “influência” partidária não está circunscrita ao espaço do conselho. Vem alcançando outros fóruns de participação da sociedade sobre saúde - como a Conferência Municipal de Saúde, mostrando uma permanente articulação entre os partidos e as entidades da sociedade civil organizada, sobretudo no processo de indicação dos seus representantes no Conselho Municipal de Saúde.

“o conselho atual é dirigido, porque tem pessoas partidárias ativas que participaram das pré-conferências e essas mesmas acabaram colocando pessoas do próprio partido. Fizeram isso a partir do conhecimento individual de cada uma, chegando a colocar pessoas não partidárias, mas contrárias ao governo.” (representante do poder executivo do Conselho Municipal de Saúde de Resende)

Evidenciando um caráter tutelar da administração municipal nas relações com movimento sociais.

“Isto fugiu ao nosso controle e acabou refletindo nas próprias decisões do conselho.” (representante do poder executivo do Conselho Municipal de Saúde de Resende)

Entretanto, parecem existir representantes dos usuários que tem outra leitura do processo de decisão,

“como a gente era contra, porque argumentávamos e denunciávamos, diziam que discutíamos política partidária. Aí sempre tinha um empate técnico, por isso demorou a elaboração do plano municipal de saúde”. (representante dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Resende)

e da criação do próprio Conselho Municipal de Saúde na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde:

“Eu acho que o poder público que é do PDT tem apenas uma fachada de esquerda, mas práticas populistas. A conferência veio a ser feito de acordo com a própria prática do partido que é de discutir muito e de se fazer pouco. A implantação do Conselho Municipal de Saúde foi um parto um pouco demorado, o poder público demorou um ano para empossar os conselheiros. Isso foi as vésperas da eleição. A lei da saúde foi tirada na Conferência Municipal de Saúde, mas na verdade esta lei veio embutida numa reforma administrativa que praticamente privatizou a prefeitura. Fez algumas autarquias que diminuiu algumas secretarias. O Conselho Municipal de Saúde ficou como um oásis no deserto, e passou junto com isso daí que não foi discutido, sendo votada no apagar das luzes. Na realidade criou-se as autarquias para não ter controle público. As outras autarquias por exemplo tem conselho, mas os conselheiros são indicados pelo poder público” (representante dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Resende)

Estas ações exprimem certas marcas que definem o processo decisório desses conselhos. Marcas que mais parecem ser a correspondência da própria concepção de representação que os representantes fazem dos seus representados.

Focalizando as discussões desses conselhos, observa-se que os modos de fazer política nos conselhos reúnem o conteúdo de algumas dessas representações. Constam da dinâmica das decisões dos conselhos elementos que contribuem para este entendimento. Isto é possível de se visualizar, principalmente quando se identificam sinais de constrangimento e mesmo de exclusão dos participantes do processo decisório.

“Eu já reclamei muito do hospital, mas dizem logo que é política. Eu não tenho estrutura para agüentar esse pessoal todo da alta em cima de mim. Eu falo com os outros, mas ficam com medo e acabam saindo fora.” (representante do usuários em Bom Jesus de Itabapoana).

“As coisas já vem decididas, é para intimidar mesmo” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

Em outra localidade estudada observa-se uma ação tutorial por parte da administração municipal sobre as representações do conselho.

“A gente vai tentar, na II conferência diminuir a influência dos partidos inclusive do próprio governo no conselho, pois o conselho não deve servir para válvula de escape para aquelas pessoas que nada tem haver com a saúde. (representante do poder executivo no Conselho Municipal de Saúde de Resende)

Na criação instâncias colegiadas de decisões e controle social na estrutura do executivo municipal

“Antigamente não se discutia saúde aqui em Angra, há 6 anos que estamos participando nas unidades, nos distritos, na secretaria e agora na Santa Casa” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde)

Nota-se que mesmo com a ausência formal dos partidos na composição dos Conselhos, observou-se, pelo menos nas localidades analisadas, que as articulações feitas pelos partidos políticos, possuem um viés condutor na tomada de decisões nos conselhos municipais de saúde que estabelecem linhas de consenso ou grupos divergentes mais delimitados.

Na análise do material empírico, algumas destas articulações estariam orientadas pelo próprio “bloco político dominante local” que ocupa toda a estrutura convencional de representação política,

“As reuniões são realizadas na Câmara, a câmara é da prefeitura, que é daquele pessoal que manda em tudo aqui. Até teve um vereador que era diferente, um cara que brigou muito, acabou virando também.” (representante dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana)

outras mantidas apenas com partidos de oposição ao poder executivo municipal,

“Estamos num momento político um pouco difícil para o governo atual, não temos a maioria na câmara. Existem três representantes, inclusive médicos, que são vereadores que são de partidos contrários ao governo, apoiam esses elementos contrários ao governo no conselho. Com isso facilita que as posições do conselho cheguem a câmara” (representante do poder executivo no Conselho Municipal de Saúde de Resende)

e por último aquelas calcadas no próprio programa de partidos nas diretrizes proposta para os setores sociais.

“No primeiro governo do PT, há 6 anos, iniciou-se todo um processo de discussão com a comunidade sobre a questão da participação popular. Com a reeleição estamos dando continuidade a isso, inclusive revendo os mecanismos de participação, para tornar as ações do governo mais visíveis com maior controle da população.”(representante do poder executivo dos Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis).

Todavia, se não se pode afirmar a presença explícita dos partidos políticos na composição formal dos conselhos municipais de saúde, nem por isso deixa-se de sugerir uma forma de sustentação da ação política dos conselhos, a partir dos próprios partidos nessas localidades. Sustentação esta, que é mantida pela vinculação dos representantes dos Conselhos Municipais de saúde - Estado ou sociedade - a composições partidária ou a blocos políticos locais, que por sua vez adotam o tipo de concepção de representação concebidas por essas organizações. Portanto, uma forma de representação concebida pelos partidos sejam eles populistas, clientelistas ou (mais recentemente) participativos.

A análise das relações entre os Conselhos Municipais de Saúde e as organizações institucionais de representação - partidos políticos-, ressalta o fato de que a sociedade brasileira é secularmente caracterizada pela desigualdade e despolitização. Despolitização essa, que alguns dos partidos - populistas e clientelistas - se encarregam de fomentar¹⁰⁵.

Resta saber: a) se os Conselhos Municipais de Saúde, assim configurados - com concepções estratificadas de representação, pluralistas para alguns, estão aptos a atender as reivindicações de cidadania.

b) como atendê-las, sendo integrado ao arranjo de poder do Estado, onde a cultura política é a conciliatória, pragmática e voltada prioritariamente para prevenção de conflitos¹⁰⁶, sendo este último a mola do processo democrático que ora se vê esvaziar.

¹⁰⁵ Chauí, M.S. *op.cit.* pag.297

¹⁰⁶ Ver Souza, A. & Lamounier, B. A. *op.cit.* 1989.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo sobre os Conselhos Municipais de Saúde, enfocando os temas participação e controle social em três localidades do estado do Rio de Janeiro apontam para as questões abordadas na discussão teórica apresentada nos dois primeiros capítulos desse trabalho.

A participação e o controle social no planejamento e gestão da saúde municipal através de órgãos como os Conselhos de Saúde, no caso das localidades investigadas, evidenciaram um conjunto de reivindicações imbuídas de anseios e conflitos que mais revelam o quadro de desigualdade que estão expostos.

Alguns autores já analisaram a desigualdade social como consequência direta do fenômeno da dominação, sendo definido como um fenômeno *histórico-estrutural*. (Demo, 1993).

“Quer dizer, faz parte da própria estrutura da história. Não há sociedade, pelo menos as conhecidas, que não tenha se movimentado em torno das questões de poder, além das questões econômicas. Em torno do poder se organiza, se institucionaliza, bem como por causa do conflitos de poder se desinstitucionaliza e se supera.”¹⁰⁷

Ao analisar a dinâmica de funcionamento de tais instâncias observou-se que as atividades ali desenvolvidas envolvem questões que precedem a sua institucionalização. A primeira questão apontada é a do poder.

No caso da saúde, o tema da descentralização surge como diretriz normatizadora do sistema como mecanismos de redistribuição de poder entre as suas esferas de execução, ressaltando os municípios no processo de democratização do Estado.

Mas é no arcabouço legal que surge a primeira contradição, na medida que se requer a aprovação e análise técnica de programas e projetos por parte do nível central, como pré-requisitos de repasses de verbas federais para estados e municípios. Isto vem demonstrar o carácter centralizador da lei. É como diz Sato:

“É o Ministério da Saúde que audita centralmente a aplicação de recursos repassados- quando os conselhos de saúde estaduais e municipais seriam instrumentos adequados -, cabendo-lhe a decisão da gratuidade das ações e serviços de saúde públicos e privados contratados, e também a fixação de tarifas padronizadas.”¹⁰⁸

Ainda que se ressaltem os Conselhos de Saúde como os espaços adequados de participação da comunidade no controle das verbas públicas, as dificuldades são

¹⁰⁷ Demo, P. *op.cit.* 1992

¹⁰⁸ Ver Sato, A.K. *op.cit.*

postas pela manutenção de estruturas de gerenciamento anteriores. Em que pese a responsabilidade jurídica do Ministério da Saúde em estabelecer os parâmetros assistenciais que irão balizar o redimensionamento de recursos para cada uma das unidades subnacionais, falta clareza quanto à composição desses recursos, sobretudo nos critérios para sua aplicabilidade.

Com um sistema de saúde nacional - O SUS - estruturado numa rede institucional de convênios, a idéia de automatismo das transferências financeiras prevista como resultante do processo de descentralização mostra-se inconsistente. A tomada de decisão (ou exercício do poder) sobre estes recursos e as ações que serão desenvolvidas na saúde termina por extrapolar os limites institucionais estabelecidos legalmente pelo sistema. Ou seja: os Conselhos Municipais de Saúde terão suas atividades subjugadas aos níveis hierárquicos que os antecedem.

Concomitantemente, observou-se nos Conselhos de Saúde estudados, uma difícil articulação entre as formas participativas e representativas. A composição desses conselhos é plural, reunindo representantes de instituições médicas, representantes de segmentos da sociedade - eleitos diretamente em seus fóruns e representantes indicados pelo executivo municipal indiretamente eleitos pelo conjunto da população. Mais ainda, as formas de eleição ou de indicação também se modificam de acordo conjuntura vigente, portanto sensíveis as forças políticas local, seja institucionais ou "patrimoniais".

É neste contexto plural que se situam algumas das constatações desse trabalho. O processo de tomada de decisão entre estes representantes - de instituições, organizações sociais e movimento popular - expressam as relações de poder que ali são mantidas e que definem o peso a ser dado a cada grupo na distribuição de bens disponíveis, no que diz respeito a saúde.

Testa, ao analisar as relações de poder referente ao setor saúde, desenvolveu uma tipologia de "recursos" do poder. Esta tipologia partiu de uma classificação elaborada em trabalhos anteriores do autor, que resultou em três vertentes que consistia em identificar os âmbito onde se desenvolve a ação que expressa as relações de poder, sendo os seguintes:

"o poder administrativo - o que corresponde às atividades enquanto processos que manejam recursos incluídos os supostos recursos humanos; o poder técnico - o que se define a partir de conhecimentos que se utilizam em quaisquer dos níveis de funcionamento no setor saúde e poder político - o que funciona para a defesa de interesses de diversos grupos que, por uma ou outra razão, se encontram interessados no que se passa no setor."

Este foi o ponto de partida para que Testa pudesse redefinir a questão do poder, criando a categoria recursos: recursos do poder administrativo, recursos do poder técnico e recursos do poder político¹⁰⁹:

“o poder técnico recorre as várias formas de conhecimento:- formal ou informal, científico ou popular, do campo da biologia, da medicina, da saúde, da administração e das outras disciplinas que permitem configurar um modelo teórico-integrativo - que tem a ver com a teoria e a prática das atividades de saúde e que são do interesse dos grupos, que por diversas razões se encontram em contato com essas atividades. (...) por fim o poder político tem à sua disposição uma gama ampla de recursos de tipo muito distinto que as diversas circunstâncias das conjunturas sociais definem e que incluem votos, as filiações, as discussões em âmbito decisórios - o parlamentar, por exemplo -, as mobilizações, o apoio de grupos sociais, a pressão que se pode exercer de forma corporativa - os *lobbysmos*”.¹¹⁰

Pode-se dizer que estes termos ganham expressão na trajetória de discussão dos conselhos aqui investigados, como se pode ver em alguns exemplos discutidos nos capítulos 4 e 5: a complexidade do diálogo (poder técnico), a falta de informações (poder administrativo) e as dificuldades no processo de representação (poder político).

Contudo, isso não quer dizer que tais resultados não se relacionam entre si. Tampouco se superpõem, mas integram a dinâmica de funcionamento desses conselhos. Uma dinâmica igualmente contraditória, espelho do exercício de poder, tal como visto nas formas de dominação, representando interesses de uma minoria - sujeitos políticos, grupos sociais organizados ou instituições - em detrimento da maioria desprivilegiada no acesso dessas discussões.

Ainda que se defenda a paridade, como padrão jurídico de igualdade de condições, tem-se claro que se deseja uma paridade entre desiguais, pois a composição desses órgãos não representam apenas reivindicações, também profundas diferenças sociais. Diferenças que refletem os efeitos do modo de produção de uma sociedade, e a relação desta com a política, que tendem a obstaculizar formas de representação e mesmo de participação. (Demo, 1993)

“o modo de produção capitalista opera como obstáculo, seja porque, com a generalização do mercado e a absorção do Estado pela lógica econômica, as diferenças apareçam como fragmentos a serem reduzidas a identidade; seja porque, sob os imperativos da racionalidade administrativa, as diferentes esferas institucionais tendam a aglutinar-se no poderio da classe dirigente e no saber de seus técnicos”

¹⁰⁹ Ver Testa, M. *Pensar em Saúde*. Hucitec: Rio de Janeiro e Testa, M. *Pensamento estratégico e lógica da Programação - o caso da Saúde*. Hucitec: Rio de Janeiro. 1995

¹¹⁰ Testa, M. op. cit. p.38, 1995

Resta saber se a igualdade jurídica é suficiente para gerar a igualdade política num espaço institucional que põe em cena interesses, imaginários e representações sociais, que são discutidos no percurso deste estudo, seja na descentralização “verticalizada”, na medicalização da população ou da comunicação controlada. Talvez a novidade esteja na possibilidade de se visualizar o confronto (ou não) das relações, bem como identificar as regras do jogo ali mantidas.

Na estrutura juridico-normativa dos Conselhos Municipais de Saúde, procura-se assegurar regras mínimas do jogo das relações de poder dos seus representantes. Entretanto, constatava-se nos conselhos investigados, que o estabelecimento das regras do jogo - ou tomada de decisão relacionam-se com pelos menos três aspectos que não se excluem entre si: *a cultura política, os partidos políticos e os estilos de gestão*.

No que se refere à cultura política brasileira como, já foi destacado no capítulo 2 com uma herança patrimonialista, que envolve até hoje, a história da política no país:

“a cultura política brasileira ainda convive com o fenômeno do coronelismo, que sujeita a população ao poder dos proprietários, donos de uma política local. Sob coação e medo só é dito que se quer ouvir. É a anulação de si mesmo. (...) a barbárie antidemocrática também se transveste de populismos, onde os direitos se transformam em doações e favores. Em uma carga cultural paternalista, as ações são de bondades dos governantes ou exercício de clientelismos”¹¹¹

É nesses aspectos da peculiaridade da cultura política brasileira que a maior parte dos partidos políticos nacionais se fundam, sobretudo quando adotam estas ações como concepção de representação. Ou seja, alguns partidos tomam como práticas políticas fundamentais as ações de tutela, favor e substituição como formas de representação e acabam por qualificar um tipo de poder político determinado pelas forças ideológicas presentes, seja qual for o processo de decisão. Esta configuração do poder político é que se estende em todo país e encontra no espaço local a realização concreta de suas ações.

Tomando-se a classificação de Testa sobre “recursos” do poder, os recursos do poder político se dão nos moldes da cultura política brasileira, determinando um modo de atuação e de sustentação das demais instâncias políticas dentro do Estado. Parece que esse poder não tem poupado a recente institucionalização de instâncias destinadas à decisão local, como o caso dos Conselhos Municipais de Saúde, que

¹¹¹ Ver Sposati, A & Lobo, E. op.cit.p.372

pretendem discutir e decidir a saúde através de uma participação e controle da sociedade sobre suas ações.

Torna-se evidente que os partidos políticos eleitos para os governos desses municípios, sobretudo nas suas propostas de trabalho para os setores sociais determinam as ações que irão desenvolver a partir da compreensão daquilo que se entende como representação. Nos municípios investigados, apenas Angra dos Reis apresenta uma proposta concreta que inclui a participação popular nos níveis de gestão de serviços, sendo o de saúde com número maior de instâncias “não jurídicas” de participação popular.

É interessante notar que mesmo este estilo de gestão tido por seus técnicos como “estratégico”, não conseguiu ficar impune à história política desse país, mas pelo menos criaram-se condições para refletir novas propostas para o setor. Como foi visto na trajetória deste trabalho, o Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis sofreu (e sofre) influências das práticas políticas desenvolvidas no país e dos interesses hegemônicos, levando em alguns momentos a se esvaziar; por outro lado consegue criar outros fóruns institucionais, não tão regulados, que se propõe ao mesmo objetivo - participação no controle das verbas públicas, obtendo maior participação da população, como o caso do Conselho de Orçamento.

É como diz uma representante do movimento popular:

“Apesar da luta pela Saúde ser importante nada disso vem mudando as nossas condições de vida, a gente continua sofrendo as conseqüências de uma situação difícil vida: emprego, baixos salários... isso tudo vem contribuir para que a gente não tenha saúde”¹¹²

Não obstante a toda “ordem” que vem sendo posta pelo Estado à população, a proposta da institucionalização de participação e controle social dos serviços públicos, através dos Conselhos de Saúde, é inovadora. A sua estruturação tem se dado de maneira crescente no conjunto do país¹¹³ e está permitindo repensar as práticas, seja na política ou nas ações de saúde desenvolvidas pelos órgãos públicos e privados, ligados ao setor. Isto ganha relevância quando na realização do I Congresso Brasileiro de Conselheiros de Saúde neste mesmo ano, reunindo cerca de 750 pessoas de 250 municípios do país, discutiu-se entre outros temas: o papel dos conselhos no sistema,

¹¹² Alvarenga, Z.G. Movimento Popular de Saúde da zona leste de São Paulo - Oficina: Incentivo à participação popular e controle social em saúde: Relatório Final - Brasília, 13,14 e 15 de dezembro de 1993.

¹¹³ Ver Relatório de Pesquisa: Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. op.cit.

sua organização e formas de articulação com as demais instâncias de decisão no âmbito do Estado.¹¹⁴

Mais ainda, discutiram as relações entre os diversos segmentos sociais envolvidos,

“Os representantes sindicais falam em defender o setor público, mas quase todos os sindicatos, reivindicam ou já tem plano de saúde. Agora as pessoas como eu, dona de casa, temos que ficar com esse SUS aí que eu nem conheço. O que eu quero é um sistema de saúde, que me atenda quando precisar, e me atenda bem sem eu precisar ficar em fila brigando para ser atendido, e mal atendido.”¹¹⁵

“Gente qualificada de tanto defender os nossos interesses, estamos no buraco, temos que nós mesmo defender os nossos interesses.”¹¹⁶

e a convivência de um exercício de democracia direta com formas tradicionais de democracia representativa.

“o legislativo não deve fazer parte do conselho, ele foi eleito para outra coisa, para outro lugar não da para ter política partidária no conselho.”¹¹⁷

Este trabalho não pretende esgotar as discussões sobre estas novas instituições que são os Conselhos Municipais de Saúde. Tem-se claro que se trata apenas um começo. Mas é necessário ter claro que tanto os planejadores como as autoridades políticas, ao pensar em participação e controle social nas ações do Estado não pode refutar a história política do nosso país. Se o que se deseja é pensar estratégias de intervenção da realidade para modificar a quadro de desigualdade social, é como diz Testa,

“o pensamento estratégico é um pensamento sobre o poder.”

¹¹⁴ Ver deliberações do I Congresso Brasileiro de Conselheiros de Saúde, realizado em Recife, julho de 1995.

¹¹⁵ Intervenções dos Conselheiros de Saúde no I Congresso Brasileiro de Conselheiros de Saúde, realizado em Recife em julho de 1995.

¹¹⁶ *Ibid*, 115

¹¹⁷ Testa, M. *op.cit* 107

BIBLIOGRAFIA

- ABRASCO - Relatório Final da Oficina: Incentivo a participação popular e controle social em saúde. Série Saúde e Movimento n.1 . ABRASCO: Brasília.1993.
- ADORNO, R. A trajetória do movimento e da participação: a conduta dos atores sociais na saúde. Tese de Doutorado. São Paulo: USP - Faculdade de Saúde Pública. 1992.
- ALVARENGA, Z.G. Movimento Popular de Saúde da Zona Leste de São Paulo - Relatório Final - Oficina: Incentivo à participação popular e controle social em saúde - Brasília, 13,14 e 15 de dezembro de 1993.
- AZEREDO, Beatriz. Da previdência a Seguridade Social: os perigos da transição. Rio de Janeiro:UFRJ/IEI. (Textos para discussão, n. 228).
- BOBBIO, N. Estado, Governo e Sociedade.: para uma teoria geral da política. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987,174p.
- _____. O conceito de sociedade civil. Rio de Janeiro: Graal, 1982, 77p.
- _____. O Futuro da Democracia - uma defesa das regras do jogo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- BOLTANSKI, L - As Classes Sociais e o Corpo. Rio de Janeiro: Graal . 1989, 191p.
- BORJA, J. A participação cidadina. *apud* NETO, J.M.- Descentralização e Democracia - Tópicos de um debate. Saúde em Debate n.33 . CEBES:Londrina, 1992.
- BOURDIEUX, P. O Poder Simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1989. p.30.
- BRAGA, J.S. & PAULA, S.G. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo: CEBES, HUCITEC, 1981.
- BRASIL, Congresso Nacional. Constituição Federal. Brasília. Gráfica do Congresso Nacional. 1988.
- _____. - lei 8142/90 - de 28 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre o repasse de recursos e a participação da comunidade.
- _____. Lei 8080 (19/9/1990). Publicada em D.O.U. em 20/09/90. ano CXXVII - número 182.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Relatório Executivo. Brasília: CNS/PNUD/MS. 1993. 380p.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir eFazer Cumprir. Brasília:Ministério da Saúde, 1992 (mimeo).
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/n.545 de 20/05/93. Norma Operacional Básica SUS 01/1993. Diário Oficial da União DOU de 24/05/93.
- CARDOSO, F.H. - Autoritarismo e Democratização. Rio de Janeiro: Paz e Terra ,1975.

- CENTRO DE INFORMAÇÕES E DADOS DO RIO DE JANEIRO - Coleção Perfis Municipais, Secretaria de Planejamento do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. setembro 1988.
- CHAUÍ, M.S. Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas. 6a edição. São Paulo: Cortez, 1993 pgs. 292-301.
- COHN, A. Descentralização, Saúde e Cidadania - Revista Lua Nova n. 32 pag.8-16.
- _____. A medicalização o consumo e o imaginário no consumo coletivo de serviços de saúde. *in* NUNES, E; COHN, A; JACOBI, P e KRASCH, U. - A Saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1991.164p.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/ ABRASCO - Relatório das Deliberações do I Congresso Brasileiro de Conselheiros de Saúde, realizado em Recife, julho de 1995. (mimeo).
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RESENDE/SECRETARIA EXECUTIVA- Livro de Ata das Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Resende . Resende.1994.
- CORDEIRO, H. A municipalização da saúde como estratégia para o Sistema Único de Saúde. Textos de Referências. In: Seminário sobre Municipalização da Saúde. IBAM, 1990.
- DEMO, P. Participação é Conquista: noções de política social participativa. São Paulo: Cortez, 1993.
- _____. Participação e Planejamento - arranjo preliminar. Rio de Janeiro: Rev. Adm. Públ., v. 25, n.3, p. 31-54, jul/set, 1991
- _____. Pobreza Política. São Paulo: Cortez, 1991, 111p. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo)
- DRAIBE, S.M. O "Welfare State" no Brasil: Características e Perspectivas. Ciências Sociais Hoje, 1989. São Paulo: Vértice, ANPOCS, 1989 (Anuário de Antropolgia, Política e Sociologia)
- DRAIBE, Sônia M. Desenvolvimento de Políticas de Saúde nos anos 80: O Caso Brasileiro. In: Seminário Internacional sobre Estado, Economia e Saúde. 1990. (mimeo).
- _____. Em defesa da Seguridade Social. Rev. Saúde em Debate n. 26, CEBES, p. 74-79, 1987.
- _____.Descentralização dos Serviços de Saúde: discussões analíticas. Rio de Janeiro:Rev. Administração Pública v. 24, n.2, p:78-99, 1990.
- FAMERJ - Boletim do II Encontro Popular de Saúde, realizado na Cidade de Deus no estado do Rio de Janeiro, no ano de 1985.
- FEEMA, Perfil Ambiental - Resende e Itatiaia - Relatório Executivo - Rio de Janeiro - 1990.

- FIORI, J.L. & KORNIS, G.E.M. Além da Queda: Economia e Política numa Década Enviesada. In: Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80 - Organizadores: Reinaldo Guimarães e Ricardo A.W. Tavares. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- FOLHA REGIONAL - ITATIAIA E RESENDE - I Conferência Municipal de Saúde define políticas de Saúde para o setor, 27/07/91.
- FOLHA REGIONAL - ITATIAIA E RESENDE - I Conferência Municipal de Saúde cumpriu metas e apresentou anteprojeto do Conselho, 03/08/1991 pag.3 a 7.
- GRAMSCI, A. Concepção Dialética da História. Ed. Civilização Brasileira. 1981. 4.edição
- IMPrensa LIVRE - I Conferência de Saúde termina hoje com conclusões para municipalização do setor - pág. 5.
- IBGE - Sinopse Preliminar do Censo Demográfico 1991. Rio de Janeiro: IBGE, 1992.
- INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL/UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - Relatório de Pesquisa: Descentralização e Gestão dos Serviços de Saúde: Uma avaliação do Sistema Único de Saúde. Coordenadores: Eduardo Levcovitz, Mario Roberto Dal Poz, Rubem Mattos João Regazzi Gerik. MS/IMS/UERJ. 1993.
- LEVCOVITZ, E & PEREIRA, T.R.C. SIH/SUS (SISTEMA AIH): Uma análise do Sistema Público de Remuneração de Internações Hospitalares no Brasil -1983-1991. (Série de Estudos em Saúde Coletiva -n.057). Rio de Janeiro: IMS/UERJ. 1993.
- LOYOLA, M.A. Médicos e Curandeirismo: Conflito Social e Saúde. São Paulo: Difel. 1984.
- LUZ, M.T. Instituições Médicas: estratégia e hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- _____. As relações entre Burocracia - Aparato Estatal e a Sociedade Civil - na sociedade brasileira a partir das Políticas Sociais: possibilidades e limites de generalizações na América Latina. Analisando-se o caso das Políticas de Saúde. 1990. (mimeo).
- _____. Notas sobre Política de Saúde no Brasil na Transição democrática nos anos 80. Rio de Janeiro: Revista PHYSIS, .v.1, n.1,1991.
- MATTOS, A. Participação Popular ou Cidadania Regulada. Movimentos Populares pela Saúde no Rio de Janeiro (1980-1988). Tese de Mestrado em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: I.F.C.S/UFRJ. Novembro de 1989.
- MATTOS, R. A. O Processo de Construção Conceitual do Método CENDES/OPS - Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995 (Série estudos em Saúde Coletiva; n.046)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Desenvolvimento e Controle e Avaliação dos serviços de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento e Avaliação dos Serviços de Saúde. Manual "Avançando para a

- Municipalização Plena da Saúde O que cabe ao Município”, MS/1.edição. Brasília: Ministério da Saúde/SAS. pág.14.
- NORONHA, J.C. & LEVCOVITZ, E. - AIS-SUDS-SUS: Os caminhos dos Direitos à Saúde. In: Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80 - Organizadores: Reinaldo Guimarães e Ricardo A.W. Tavares. Rio de Janeiro:Relume Dumará, 1994.
- PINHEIRO, R & DAL POZ, M. R. - Democratização e Controle Social na Saúde: Análise do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995 (Série estudos em Saúde Coletiva; n.109).
- PITTA, A.R. A Comunicação Serviços de Saúde|População: Modelos explicativos e Desafios a partir de Discussões recentes. Tese de Dissertação de Mestrado. IMS/UERJ. Rio de Janeiro. 1994.
- RAMOS, C. L. Controle Social e os Conselhos de Saúde, 1992.(mimeo)
- SALUM, B. MARTINS, C.E., GRAFF, E. Nova República: de Tancredo a Sarney. Paraná, Análise Conjuntural v.8, n.3, 86p,1992.
- SATO, A.K. Descentralização: um Tema Complexo. Texto para Discussão n.314. IPEA, Brasília, out. de 1993.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO DE ANGRA DOS REIS - Relatório de Política Pública Municipal da Secretaria Municipal de Planejamento do Município de Angra dos Reis. Angra dos Reis. 1989.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANGRA DOS REIS - Plano Municipal de Saúde de Angra dos Reis - 1993/1994 - Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis - 1994.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANGRA DOS REIS - “O controle social em Angra dos Reis” documento produzido pela Secretaria Municipal de Angra dos Reis em agosto de 1993.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANGRA DOS REIS - Cadernos de Saúde - Relatório de Gestão 1989 - 1992 Vol. I -1992.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANGRA DOS REIS - Livro de Atas das Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Angra dos Reis, 1993.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JESUS DE ITABAPOANA - Livro de Atas do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana - Bom Jesus de Itabapoana, 1989.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JESUS DE ITABAPOANA - Plano Municipal de Saúde - Período 1994/1995/1996 - Bom Jesus de Itabapoana, 1994

- SOUZA, A. & LAMOUNIER B. A feitura da nova Constituição: Um Reexame da Cultura Política Brasileira. Planejamento e Políticas Públicas. n.2. dezembro de 1989. pág 17-38.
- SPOSATI, A. & LOBO, E. Controle Social e Políticas Públicas. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. v.4, n.8, p:366-378 out/dez, 1992.
- TAVARES, M.C. & FIORI, J.L. ~ (Des)Ajuste Global e Modernização Conservadora. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993, 193p.
- TEIXEIRA, M. F. Política de Saúde na Transição Conservadora. Revista Saúde em Debate. n.27, CEBES, p. 20-32, 1987.
- TESTA, M. Pensamento estratégico e lógica da Programação - o caso da Saúde. Hucitec: Rio de Janeiro. 1995
- TESTA, M. Pensar em Saúde Hucitec: Rio de Janeiro, 1994.
- TOLEDO, C. N. As esquerdas e a descoberta da democracia. in: Anos 90: Política e Sociedade no Brasil. org. Evelina Dagnino. São Paulo: Brasiliense 1994
- VILAÇA, E. et alli. Distritos Sanitários: Conceitos Chaves in: Distrito Sanitários: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde. Org. Eugênio Vilaça Mendes. Hucitec/ABRASCO: São Paulo/Rio de Janeiro.1993
- WEFFORT, F. Qual democracia? São Paulo: Companhia das Letras, 1992, 165p.

Anexo 1

QUADRO SINÓPTICO DAS ATIVIDADES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANGRA DOS REIS.

ANO	REUNIÃO	DATA	ASSUNTO
1992*	ORDINÁRIA	11.03.92	Posse dos Conselheiros Criação de uma Comissão para elaboração do Regimento Interno Discussão sobre a Santa Casa
	ORDINÁRIA	09.04.92	Aprovação do regimento Interno, avaliação do relatório da Santa Casa e Plano Municipal de Saúde
	EXTRAORDINÁRIA	14.04.92	Aprovação do regimento Interno, avaliação do relatório da Santa Casa e Plano Municipal de Saúde (continuação)
	EXTRAORDINÁRIA	30.04.92	Avaliação do relatório da Santa Casa e instituição do Conselho Gestor da Santa Casa
	ORDINÁRIA	07.05.92	Avaliação do pronto Socorro e aprovação do regimento interno
	ORDINÁRIA	02.06.92	Discussão sobre o Plano Municipal de Saúde.
	EXTRAORDINÁRIA	16.06.92	Aprovação das metas e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.
	ORDINÁRIA	07.07.92	Participação do CMS na X Conferência Nacional de Saúde.
	EXTRAORDINÁRIA	26.07.92	L.D.O e Orçamento 1993 e apresentação da ata da reunião do conselho de Orçamento Municipal de Angra dos Reis.
	ORDINÁRIA	04.08.92	Discussão sobre Conferência Nacional de Saúde.
		01.09.92 a 03.08.93	REGISTROS INCOMPLETOS
1993	ORDINÁRIA	03.08.93	Discussão sobre os serviços de saúde, a L.D.O e prestação de contas para 1994
	EXTRAORDINÁRIA	24.08.93	Discussão Plano Plurianual e II Conferência Municipal de Saúde.
	ORDINÁRIA	14.09.93	Discussão sobre a II Conferência Municipal de Saúde, credenciamentos e L.O.
	EXTRAORDINÁRIA	21.09.93	Discussão sobre a proposta de Orçamento para 1994.
		22.09.1993 à 01.03.94	SEM REGISTROS
1994	ORDINÁRIA	15.03.94	Discussão sobre a realização da conferência municipal de Saúde e prestação de contas das entidades filantrópicas.
	EXTRAORDINÁRIA	12.04.94	Detalhamento do Orçamento, gestão semiplena e Santa Casa
	ORDINÁRIA	03.06.93	Discussão sobre a realização da Conferência Municipal de Saúde

* Início das atividades do Conselho

	EXTRAORDINÁRIA	17.05.93	Discussão sobre o Conselho Gestor da Santa Casa.
	EXTRAORDINÁRIA	14.06.94	Discussão sobre a divulgação e avaliação dos Conselhos existentes em Angra dos Reis.
	ORDINÁRIA	05.07.94	Discussão sobre a programação da Secretaria Municipal de Saúde pra o triênio 1994/1995/1996.
	ORDINÁRIA	02.08.94	Discussão sobre a posse dos novos conselheiros e Santa Casa
	EXTRAORDINÁRIA	16.09.94	Discussão sobre a Santa casa (continuação).
	ORDINÁRIA	18.10.94	Discussão sobre o Conselho Gestor da Santa Casa.
	ORDINÁRIA	04.12.94	Discussão sobre a Santa Casa. I CONSAÚDE nos dias 19, 20 e 21/11/93, juntamente com este conselho.

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis

SIGLAS: CONSAÚDE = Conferência de Saúde

Anexo 2

QUADRO SINÓPTICO DAS ATIVIDADES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RESENDE

ANO	REUNIÃO	DATA	ASSUNTO
1992*	1 ORDINÁRIA	05.08.92	Posse dos Conselheiros
	2 ORDINÁRIA	17.08.92	Elaboração do Regimento Interno
	3 ORDINÁRIA	03.09.92	Elaboração do Regimento Interno
	4 ORDINÁRIA	17.09.92	Elaboração do Regimento Interno
	5 ORDINÁRIA	22.09.92	Elaboração do Regimento Interno
	1 EXTRA	22.10.92	Criação da Comissão da Santa Casa
	6 ORDINÁRIA	05.11.92	SEM REGISTRO
	7 ORDINÁRIA	23.12.92	Melhorar a divulgação das Reuniões e decisões pelos meios de comunicação
1993	8 ORDINÁRIA	07.01.93	Discussão dos problemas enfrentados pela Santa Casa
	2 EXTRA	14.01.93	Discussão dos problemas enfrentados pela Santa Casa
	9 ORDINÁRIA	21.01.93	Discussão e votação do Relatório da Santa Casa
	10 ORDINÁRIA	04.02.93	Aprovação do relatório da Santa Casa com várias propostas
	11 ORDINÁRIA	11.03.93	Cobrar resposta do Corpo Clínico da Santa Casa das denúncias encaminhadas a este conselho e encaminhar cópias do Relatório a Imprensa
	12 ORDINÁRIA	18.03.93	Liberar auxílio Financeiro a Santa Casa
	13 ORDINÁRIA	01.04.93	Fazer ofício as ESAMUR sobre o valão no Bairro do Cabral.
1993	14 ORDINÁRIA	15.04.93	Discussão sobre o Plano de Ação da Municipalização
	3 EXTRA	22.04.93	Discussão sobre o Plano de Ação da Municipalização
	15 ORDINÁRIA	06.05.93	Discussão sobre o Plano de Ação da Municipalização
	16 ORDINÁRIA	20.05.93	Discussão sobre o Plano de Ação da Municipalização
	17 ORDINÁRIA	03.06.93	Aprovação do Plano de Ação da Municipalização
	18 ORDINÁRIA	17.06.93	Aprovou a contratação de Terapeuta Ocupacional e Criou Comissão Fiscal
	19 ORDINÁRIA	01.07.93	Enviar ofício do prefeito cobrando o atendimento das decisões do CMSR no programa de Saúde Mental a SUSMUR deverá entregar o esboço do orçamento de 1994 para a discussão do Conselho
	20 ORDINÁRIA	15.07.93	Encaminhar a ESAMUR ofício para conclusão das obras da rede de Esgoto do Jardim Esperança e convidar a Coordenadoria de Comunicação Social para tratar da divulgação dos atos do CMRS
21 ORDINÁRIA	05.08.93	Convidar os representantes da ESAMUR para tratar da qualidade da água de Resende e convocar reunião extraordinária para tratar do II CONSAÚDE	

* Início das atividades do Conselho Municipal de Saúde de Resende

	<u>4 EXTRA</u>	12.08.93	Reunião não aconteceu por falta de quorum
	22 ORDINÁRIA	19.08.93	A Sec. de Saúde deverá informar o total da arrecadação . A Sec. de Saúde providenciar a realização do II CONSAÚDE nos dias 19, 20 e 21/11/93, juntamente com este conselho.
	23 ORDINÁRIA	02.09.93	Apresentação do relatório preliminar da Comissão Fiscal
	24 ORDINÁRIA	16.09.93	Explicação dos Técnicos da ESAMUR sobre a qualidade da água
1993	25 ORDINÁRIA	07.10.93	o SUSMUR deverá apresentar a proposta orçamentaria para 1994, para a discussão na próxima reunião. Entrega das respostas da Sec. de Saúde ao relatório Preliminar da Comissão Fiscal
	26 ORDINÁRIA	04.11.93	SEM REGISTROS
	27 ORDINÁRIA	04.11.93	SEM REGISTROS
	28 ORDINÁRIA	18.11.93	Transferida para o dia 25.11.93
		25.11.93	O SUSMUR deverá elaborar Folhas percentuais com os projetos e investimentos, Programas e Sub-Programas, bem detalhado, com cópias para todos os membros do CMSR.
	29 ORDINÁRIA	02.12.93	SEM REGISTROS
	30 ORDINÁRIA	16.12.93	A Secretaria de Saúde divulgou o acordo entre a Prefeitura e a Santa Casa e a APMIR para pagamento de plantonistas, ainda no mês de dezembro e elaboração de contratos para janeiro de 1994 Fazer ofício para Prefeitura, Câmara, Imprensa e outras entidades, sobre a posição do Conselho em relação a aprovação do Orçamento sem a participação e sem respeitar as prioridades do Plano de Ação.
1994	31 ORDINÁRIA	06.01.94	Apresentação do Relatório Final da Comissão Fiscal
	<u>5 EXTRA</u>	13.01.94	Aprovação do Relatório Final da Comissão Fiscal.
	32 ORDINÁRIA	03.02.94	Aprovação dos prazos e critérios para início da Auditoria Contábil
	33 ORDINÁRIA	17.02.94	Transferida para o dia 24.02.94
			Transferida para o dia 03.03.94
	33 ORDINÁRIA	03.03.94	SEM REGISTROS
	<u>6 EXTRA</u>	14.03.94	Aprovou novos prazos para a Auditoria. Aprovou ida à Promotoria Publica para garantir a realização da Auditoria nos prazos definidos
	34 ORDINÁRIA	17.03.94	Discussão sobre Auditoria e Santa Casa
1994	35 ORDINÁRIA	07.04.94	Discussão sobre a aprovação da Gestão Semi-Plena para SUSMUR Aprovação da realização da II CONSAÚDE nos dias 19, 20 e 21 de Agosto de 1994. Aprovação da inclusão na L.D.O Municipal das metas do Plano de Ação
	<u>7 EXTRA</u>	14.04.95	Apresentação do Edital para licitação da Auditoria Fiscal, Contábil e Técnica. Aprovação da Gestão Semi Plena

	36 ORDINÁRIAS	05.05.94	Discussão sobre a licitação da Auditoria, Conferencia Municipal de Saúde e os obstáculos das Comissões de Trabalho e a representatividade dos conselheiros indicados.
	<u>8 EXTRA</u>	31.04.94	Discussão sobre as irregularidades do processo licitatório da Auditoria.
	37 ORDINÁRIA		SEM REGISTROS
	38 ORDINÁRIA	04.08.94	Aprovou o adiamento do período de realização da II CONSAÚDE - 26 e 27 de novembro

Fonte: Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde de Resende.

Obs: A partir de 04.08.94 até o término do trabalho de campo, não se tinha registros organizados sobre as reuniões do conselho. Segundo informações colhidas com a secretaria executiva do conselho, as reuniões não teriam alcançado quorum suficiente que caracterizasse uma plenária deliberativa.

SIGLAS:

SUSMUR = Sistema Unificado de Saúde do Município de Resende;

CONSAÚDE = Conferência Municipal de Saúde;

CMSR = Conselho Municipal de Saúde de Resende;

ESAMUR = Empresa de Saneamento do Município de Resende

L.D.O = Lei de Diretrizes Orcamentarias

APMIR= Associação de Proteção a Mãe a Infância de Resende

Anexo 3

QUADRO SINÓPTICO DAS ATIVIDADES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JESUS DE ITABAPOANA:

ANO	REUNIÃO	DATA	ASSUNTO
1989*	ORDINÁRIA	26.07.89	Posse dos Conselheiros Discussão sobre produção de serviços ambulatoriais Aprovação da realização mensal das reuniões do CMS.
	ORDINÁRIA	31.08.89	Discussão sobre denúncias de recusa de atendimento por parte das entidades hospitalares
	ORDINÁRIA	21.12.89	Discussão sobre as atividades de fiscalização sanitária no município de Bom Jesus de Itabapoana.
1990			Não ocorreram reuniões neste ano
1991			Não ocorreram reuniões neste ano.
1992	ORDINÁRIA	04.11.92	Credenciamento do serviço de Hemodiálise do Hospital São Vicente de Paula.
	EXTRAORDINÁRIA	05.11.92	Aprovação de credenciamento do serviço de Hemodiálise do Hospital São Vicente de Paula
1993	EXTRAORDINÁRIA	06.04.93	Aprovação de credenciamento de pedidos de extensão leitos do Hospital São Vicente de Paula
1993	EXTRAORDINÁRIA	22.04.93	Explicação da Secretaria Municipal de saúde sobre a doação da triagem social e sua aprovação no CMS enfrentados pela Santa Casa
	EXTRAORDINÁRIA	16.09.93	Discussão sobre o Regimento Interno e o repasse de verbas para os prestadores serviços de Secretaria Municipal de Saúde.
1994	EXTRAORDINÁRIA	07.02.94	Discussão sobre os pedidos de auxílio financeiros do Hospital São Vicente de Paula junto a Fundação Banco do Brasil
	EXTRAORDINÁRIA	10.02.94	Aprovação de aquisição de equipamentos odontológicos para as unidades de serviços de saúde do municipais de Bom Jesus de Itabapoana
		04.04.94	Discussão sobre o Plano Municipal de Saúde, o serviço de Triagem Social e alterações do regimento interno.
		21.11.94	Aprovação do anteprojeto do novo regimento interno do CMS de Bom Jesus de Itabapoana
		31.10.94	Informes da Secretaria de Saúde e implementação de sistema de críticas e participação popular nas ações de saúde. Aprovação da instalação de caixas lacradas nas unidades de serviços de saúde publico e privada.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana.
SIGLA: CMS= Conselho Municipal de Saúde.

* Início das atividades do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana

Anexo 4**COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANGRA DOS REIS**

PRESTADORES DE SERVIÇO	Quantitativo
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social	1
Secretaria Municipal de Obras e Serviços Públicos	1
Secretaria Municipal de Educação	1
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Planejamento	1
Prestadores de Serviços	2
Total	6
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Quantitativo
Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e Previdência Social - SINDSPREV	1
Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Angra dos Reis - SINPSMAR	1
Associações de Profissionais de Saúde de Angra dos Reis	1
Sindicato dos Trabalhadores da Saúde do Estado do Rio de Janeiro - SINTSERJ	1
Total	4
USUÁRIOS	Quantitativo
Conselho Municipal das Associações de Moradores de Angra dos Reis - o COMAN	2
Sindicatos dos Trabalhadores	2
Conselhos Distritais	5
Associações Patronais	1
Total	10
TOTAL GERAL	20

Obs. A composição do Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis foi instituída pela Lei Municipal n. 176, de 24 de janeiro de 1992. O segmento dos usuários é paritário com relação ao restante das frações representadas (prestadores de serviços e profissionais de saúde).

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JESUS DE ITABAPOANA

PRESTADORES DE SERVIÇO	Quantitativo
Secretaria Municipal de Saúde Casa de Saúde Aurora Avelino	1
Sindicato Rural Patronal	1
Laboratório Itabapoana Ltda;	1
APAE	1
Clínica de Repouso Itabapoana Ltda	1
Centro popular Pró-Melhoramentos de Bom Jesus de Itabapoana	1
Posto de Saúde José Seródio	1
Total	6
PROFISSIONAIS DE SAÚDE(*)	Quantitativo
Sindicato dos Profissionais de Saúde do Vale Itabapoana	1
Associação de Odontologia do Noroeste Fluminense	1
Total	2
USUÁRIOS (*)	Quantitativo
Associação de Moradores do Conjunto Habitacional Asa Branca	1
Associação Comunitária do Bairro Santa Rosa;	1
Associação de Moradores do Bairro Oscar Campos;	1
Associação de Moradores do Bairro Lia Márcia;	1
Associação de Moradores do Bairro Chico Tito;	1
Associação de Moradores da Usina de Santa Isabel;	1
Associação de Moradores de Rosal	1
Associação de Moradores de Pirapetinga	1
17 Subseção da Ordem dos Advogados do Brasil	1
Federação das Associações de Moradores e Amigos de Bom Jesus de Itabapoana	1
Loja Maçônica Moreira Guimarães III;	1
Associação Comercial e Industrial de Bom Jesus de Itabapoana;	1
Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Bom Jesus Itabapoana	1
EMATER	1
Total	14
TOTAL GERAL	22

Obs: A composição do Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana foi discriminada pela resolução CMS/BJI n.002, de 21 de novembro de 1994. A redação anterior constava-se apenas os egmentos que seriam representados: de acordo com art.1 do Regimento Interno aprovado pelo decreto 094/91 de 02 de dezembro de 1991 o Conselho Municipal de Saúde de Bom Jesus de Itabapoana será formado por representantes da Administração municipal, Prestadores de Serviços da área de saúde, Profissionais de Saúde e dos Usuários.

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RESENDE

PRESTADORES DE SERVIÇO	Quantitativo
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social	1
Sistema Unificado de Saúde do Município de Resende	1
Secretaria Municipal de Educação	1
Santa Casa de Misericórdia	1
Pestalozzi	1
Associação de Proteção a Maternidade e Infância de Resende	1
Total	6
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Quantitativo
Sindicato dos Enfermeiros de Resende	1
Associação Médica de Resende	1
Associação Brasileira de Odontologia	1
Total	3
USUÁRIOS	Quantitativo
Federação das Associação de Moradores de Resende - FAMAR	1
Comunidade da Igreja da N. S. da Conceição	1
Associação de Moradores de Porto Real	1
Associação de Moradores de Bagagem	1
Associação de Moradores da Cruzeiro	1
Associação de Diabéticos	1
Associação dos Professores Municipais	1
Associação dos Moradores da Cidade Alegria	1
Associação de Moradores de Barra II	1
Total	9
TOTAL GERAL	20

Obs: Composição anterior a realização da II Conferência Municipal de Saúde, realizada em dezembro de 1994, realizando várias alterações.