

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**O Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo – Um
estudo de caso sobre a participação social na política
de saúde municipal**

Suely do Nascimento Silva

Orientador: Prof^o Dr. Marco Aurélio Da Ros

Florianópolis, 2000

O Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo – Um estudo de caso sobre a participação social na política de saúde municipal

Trabalho apresentado por SUELY DO NASCIMENTO SILVA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Área de Concentração em Administração e Planejamento de Serviços de Saúde - da UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

Orientador: Prof^o Dr. Marco Aurélio Da Ros

Florianópolis, 2000



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

TÍTULO

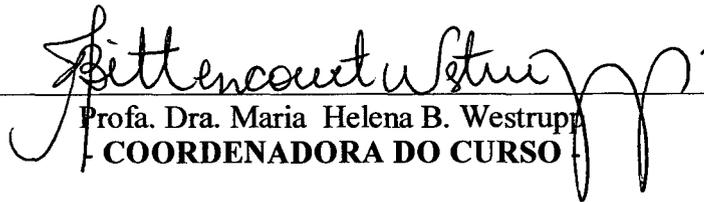
"O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO LARGO – UM ESTUDO DE CASO SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MUNICIPAL"

AUTORA: Suely do Nascimento Silva

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

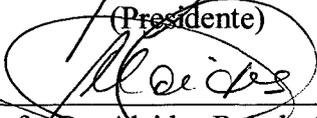


Prof.ª Dra. Maria Helena B. Westrupp
COORDENADORA DO CURSO

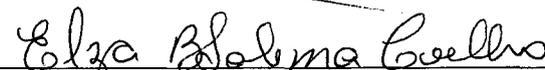
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Marco Aurélio da Ros
(Presidente)



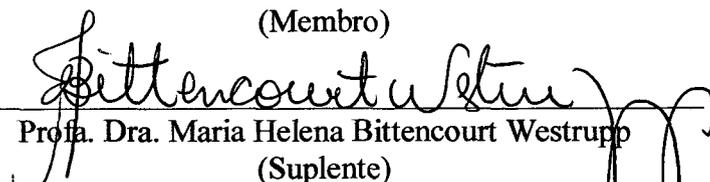
Prof.ª Dr. Alcides Rabelo Coelho
(Membro)



Prof.ª Dra. Elza Berger Salema Coelho
(Membro)



Prof.ª Dra. Ivete Simionatto
(Membro)



Prof.ª Dra. Maria Helena Bittencourt Westrupp
(Suplente)

"Somos a memória das lutas. Projetamos a perigosa imagem do sonho. Nada causa mais horror à ordem do que homens e mulheres que sonham".

Pedro Tierra

Dedico este trabalho

Á memória de meu pai, que com sua sabedoria, construída do senso comum, soube ensinar e insistir na crença de que o conhecimento é inacabado, processual e de domínio de quem o constrói. Essas pessoas têm o papel de socializá-lo na busca da liberdade do homem, da ética, da justiça na sociedade.

In memoriam a Bráulio Miguel da Silva.

AGRADECIMENTOS

- *Aos Conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo (AL)*
- *À Secretaria de apoio ao CMS de Rio Largo, em especial Lidiane Rodrigues, personagem valioso no bom desempenho deste conselho, pela sua presteza e carinho com este trabalho e pelos contatos com os conselheiros que participaram da pesquisa.*
- *À Sra. Helena Ciríaco, lutadora pelo bem de Rio Largo, por todo o carinho com sua sutileza em nós apoiar como pessoa e como profissional.*
- *À Secretaria executiva do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas, pelo apoio na coleta de dados e no acesso a informações oficiais, em especial Ângela Cotrim, Karla Patrícia, a estagiária Aline Meire e as bolsistas Elenilda e Lilian.*
- *À câmara técnica da CIB/AL, em especial Lenise e Leonormande, por disponibilizar documentos.*
- *Ao apoio da UFAL, pela liberação para conclusão deste trabalho.*
- *Aos amigos da PROEST/UFAL pelo apoio e compreensão, em especial à Arlene Moura, Prof. Jakes Halan e Prof. Williams.*
- *Ao NUSP/UFAL, local de desenvolvimento do conhecimento em saúde no Estado de Alagoas.*
- *Aos amigos discentes da PPGSP/UFSC, em especial: Ângela Blat, Sônia, Telma, Clécio, Márcia e Júlio, pelas contribuições nos seminários, troca de bibliografias, pela amizade e aconchego.*
- *À Prof Dra. Vera Blank, pela generosidade e despreendimento que viabilizaram meu projeto acadêmico.*

- *Ao meu orientador Prof. Dr. Marco Da Ros, pela sua coragem em orientar o primeiro trabalho do gênero da PPGSP/UFSC. Por tudo..., sobretudo pelo incentivo ao olhar crítico de pesquisador para algo que representa uma luta política que defendemos.*
- *Ao Marcão pelo seu carinho e compreensão aos meus atropelos.*
- *Ao Fúvio, pela tolerância no uso da sala e pelas ricas contribuições nos debates travados com meu orientador.*
- *A Prof Dra. Eleonor Conill, pela transmissão de conhecimentos no mestrado e apoio incondicional desde minha primeira visita à UFSC.*
- *Aos companheiros do NAM-SUS/UFSC, pela oportunidade de conhecer nuances tão distintas de um mesmo sistema.*
- *A Sônia Cavalcante, companheira sanitária, principal incentivadora pela minha opção profissional e acadêmica. Eterna orientadora.*
- *Ao Prof Rinaldo , que se dedicou na revisão do texto.*
- *Aos amigos do Recanto da Fé, deste e de outros mundos.*
- *A minha família, pela compreensão das minhas ausências nos momentos de encontro familiar. Minha mãe Valderez, defensora ativa da família, meus irmãos Braulinho, Nando e Leu pelos laços cada vez mais apertados pelas dificuldades compartilhadas, aos meus queridinhos sobrinhos pelos risos e carinho que me insuflam de paz.*
- *A D. Suzete, Léo e Ana Karina, pelo apoio e incentivo dado para mim e meu marido nessa jornada acadêmica.*
- *A Avelino, companheiro audaz na jornada de nossas vidas e cúmplice de minha carreira acadêmica.*

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	x
LISTA DE QUADROS	xii
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xiv
CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS	15
1. Introdução	15
2. O Problema de Pesquisa	16
3. A Metodologia	17
4. O Caso estudado	24
5. Estrutura do trabalho	25
CAPÍTULO I	
O processo de reformulação do modelo de saúde	26
1. O sistema de saúde brasileiro	26
1.1 Antecedentes históricos da reforma sanitária	27
1.2 De 1964 a 1974	31
1.3. De 1974 a 1986	33
1.4. De 1986 a 1988	39
2. O atual sistema de saúde brasileiro: aspectos legais do SUS	40
3. Aspectos do processo de descentralização dos serviços de saúde no estado de Alagoas e seus reflexos no município de Rio Largo	42
CAPÍTULO II	
Alguns enfoques a respeito da categoria participação e o seu contexto na descentralização da gestão da saúde	47
1. Contextualizando o referencial teórico	48

2. Descentralização de serviços de saúde e tipos de gestão	50
2.1 Gerência e gestão dos serviços públicos de saúde	51
2.2 Evolução dos modelos gerenciais	52
2.3 Modelos de gestão no sistema único de saúde	54
3. Sobre o conceito de participação e a participação em saúde	56
4. A categoria poder enquanto força política coletiva em saúde	64
5. Controle social no SUS	65

CAPÍTULO III

O conselho municipal de saúde de Rio Largo: um espaço de participação no controle do SUS

1. Caracterização do município de Rio Largo – aspectos econômicos, sociais e epidemiológicos	68
2. Descentralização dos serviços de saúde em Rio Largo: política de saúde, organização e estrutura de serviços	76
3. O Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo	83
3.1 Processo de criação e aspectos organizativos	83
3.1.1 Capacitação de conselheiros	88
3.2 Representatividade e capacidade de resposta à população	89
3.2.1 Processo de escolha dos membros do Conselho	89
3.2.2 Comunicação com as suas representações diretas e com a população em geral... ..	91
3.3 Atuação do Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo	94
3.4 Limites de articulação e de poder	95
3.4.1 Permeabilidade e Articulação	95
3.4.2 Efetividade	97

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXO

LISTA DE SIGLAS

- AIH – Autorização de Internação Hospitalar
- AIS- Ações Integradas de Saúde
- CAPS - Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CEBs – Comunidades Eclesiais de Base
- CES/AL – Conselho Estadual de Saúde de Alagoas
- CIB – Comissão Intergestores Bipartite
- CIT – Comissão Intergestores Tripartite
- CNBB – Confederação Nacional dos Bispos Brasileiros
- CNRH/IPEA – Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- CNS – Conferência Nacional de Saúde
- CONASSEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
- CSM – Conselho Municipal de Saúde
- FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
- FMS – Fundo Municipal de Saúde
- FSESP – Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública
- IAPB – Institutos de aposentadorias e Pensões dos Bancários
- IAPI – Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
- IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões
- IBICT – Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
- INAMPS/MPAS – Instituto Nacional do Ministério da Previdência de Assistência Social
- INPS - Instituto Nacional da Previdência Social
- MDB – Movimento Democrático Brasileiro
- MOC – Projeto Montes Claros

MS – Ministério da Saúde

NAM-SUS/SC/UFSC – Núcleo de Apoio a Municipalização do SUS em Santa Catarina, da UFSC

NOB-SUS – Norma Operacional Básica do SUS

NUSP/UFAL – Núcleo de Saúde Pública da UFAL

OPS – Organização Pan Americana de Saúde

ONGs – Organizações Não-governamentais

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PLUS – Plano de Localização de Unidades de Serviços

PMS – Plano Municipal de Saúde

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PPA – Plano de Pronto Ação

PPI - Programação Pactuada Integrada

PPREPS/OPAS – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde

PRONAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PSF – Programa de Saúde da Família

SES/AL – Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas

SIME – Sistema Municipal de Empregos

SMSRL - Secretaria Municipal de Saúde de Rio Largo

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UMESE – União Municipal dos Estudantes de Rio Largo

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Capacidade Instalada na Rede de Serviços de Saúde de Rio Largo – Alagoas, Por Prestador de por Tipo de Serviço.

Quadro 2 – Capacidade Instalada na Rede Pública de Serviços de Saúde de Rio Largo – Alagoas, por Prestador e por Tipo de Serviço.

Quadro 3 – Distribuição dos Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde Rio Largo - Alagoas, por Lotação e por Escolaridade

RESUMO

Este trabalho trata-se de um estudo de caso, que tem como objeto o Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo - Alagoas. A análise buscou os limites e as possibilidades deste conselho de saúde influir na conformação do sistema de saúde local, no período de setembro de 1993 a maio de 1998.

A investigação teve as seguintes fontes de dados: entrevistas, atas de reunião do CMS, plano municipal de saúde e relatórios de gestão. As entrevistas foram realizadas com os conselheiros do período recortado, incluindo-se entre estes os secretários municipais de saúde; e também com outros atores que surgiram no decorrer da coleta de dados.

O objeto de estudo foi contextualizado no processo histórico de construção do sistema de saúde no Brasil e no estado de Alagoas, buscando entender os seus reflexos no setor saúde em Rio Largo (AL). O quadro teórico desta pesquisa tem a participação como categoria central, além da categoria poder entendendo que o controle social pressupõe o exercício de poder pelo processo de participação social.

O estudo considera que o Conselho municipal de saúde de Rio Largo no período analisado teve alguns entraves: na compreensão dos conselheiros de seu papel e na ausência de consciência sanitária e de cidadania. Em geral, as deliberações deste conselho tiveram origem de proposições do gestor, que se comportou hegemonicamente exercendo poder administrativo, técnico e político.

Apresentou possibilidades na ação de articulação com outros atores da cena política local, despertando para a necessidade de interação com outras forças sociais que tenham objetivos aparentemente semelhantes. A realidade social onde se coloca este conselho explica fragilidades na consciência de seus membros, que podem ser atenuadas com a presença do intelectual orgânico.

ABSTRACT

This case study examines the Municipal Council of Health (MCH) of Rio Largo, Alagoas. The Limits and possibilities of this council to influence the adaptation of local health system during the period from September 1993 to May 1998 were analyzed.

Interviews, minutes of MCH meeting, the municipal health plan, and management report served as the data base for this investigation. Interview with council members, including among these municipal health secretaries and other involved, were conducted during the period of the study.

Contextualized in the historical process of building a health system in Brazil and state of Alagoas, the object of the study was to understand this process by examining its reflections on the local health sector in Rio Largo, Alagoas. Theoretical concepts structuring this study are participations as the central category, and in additions, the category of power understood that social control presupposes the exercise of power through the process of social participation.

The study reveals that the MCH of Rio Largo, during the period analyzed, had several obstacles: the comprehension of the counselors of their role and the absence of consciousness regarding sanitation and citizenship. Generally, the deliberations of this council were based on the manager's proposals with the manager behaving in an authoritarian manner assuming administrative, technical, and political power.

During the period of the study articulation possibilities with other actors in the local political scene presented themselves calling attention to the need for interaction with other social forces having apparently similar objectives. The social realities of Rio Largo explain the fragile nature of the consciousness of council members which can be improved by the presence of the organic intellectual.

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

Introdução

O modelo de saúde brasileiro atual tem como diretrizes legais, assinaladas na Constituição Federal de 1988, a *descentralização*, o *atendimento integral* e a *participação da comunidade*, articuladas por um sistema único de saúde. Esta participação da comunidade, que se deve dar na fiscalização dos serviços e na formulação da política de saúde nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), é exercida através das conferências de saúde e dos conselhos de saúde. O princípio constitucional da participação foi regulamentado com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde e da Lei 8.142, em 1990. Desde a sua promulgação diversos municípios brasileiros têm vivenciado a experiência de implementação destes mecanismos de participação (Carvalho, 1994). O princípio base do Sistema Único de Saúde (SUS) é a implementação de uma política de saúde que favoreça a proteção, prevenção e a promoção à saúde dos seus usuários, visualizando melhores condições de vida.

Apesar de passados doze (12) anos da promulgação da atual Constituição Brasileira, o processo de efetivação das proposições do SUS ainda se constitui um grande desafio. Para alcançar a sua finalidade vêm acontecendo diversas tentativas com ou sem sucesso, nos três níveis de governo. Na construção desse modelo, é importante levar em consideração o impacto sanitário e social dos serviços de saúde, através de vários caminhos a serem percorridos simultaneamente, na medida das possibilidades; tais como: mudanças técnico-organizativas e políticas na condução da gestão dos serviços.

Juridicamente a participação da população no acompanhamento dos serviços e na formulação da política de saúde a nível municipal deve ocorrer através dos Conselhos Municipais de Saúde. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90, os Conselhos de Saúde, nos níveis federal, estadual e municipal, possuem caráter deliberativo, ou seja, são formuladores da política de saúde no âmbito em que atuam. Podem definir a direção e a forma de prestação dos serviços de saúde, decidindo sobre aplicação de recursos, áreas de atuação, ações e programas a serem desenvolvidos, bem

como atuar no acompanhamento e fiscalização. Se isso efetivamente ocorre, é assunto para investigação, motivo que levou o desenvolvimento deste trabalho.

1. O Problema de pesquisa

Este estudo focaliza a participação do Conselho Municipal de Saúde na formulação de políticas públicas de saúde em nível local. Tem o propósito de identificar as possibilidades e empecilhos do exercício do controle social no atual modelo de gestão dos serviços de saúde, utilizando um estudo de caso em nível municipal (o município de Rio Largo, Alagoas) na tentativa de contribuir para uma reflexão sobre o tema.

Têm-se como pressuposto que os Conselhos Municipais de Saúde se constituem num espaço efetivo de fiscalização e de formulação da política de saúde local. Em experiência observada pelo autor e em depoimentos relatados em conferências e oficinas de saúde¹, verificou-se, mais fortemente, a possibilidade de fiscalização da utilização dos recursos, mas, do ponto de vista do avanço do serviço no atendimento às reais necessidades da população, com a garantia da acessibilidade e qualidade do serviço (como resultado das pressões do CMS junto ao gestor local), pairam algumas indagações. De antemão, a existência de um conselho de saúde sugere o exercício da democracia e que o sistema de saúde esteja fundado num modelo de gestão democrático. Mas não é suficiente essa abstração do senso comum para se afirmar que o conselho é quem vai possibilitar a efetivação da democracia dentro de uma estrutura nem sempre democrática.

Considerando a proposta de descentralização dos serviços de saúde, optou-se por analisar a influência do Conselho Municipal de Saúde (CMS) na configuração da política de saúde no nível local. Assim, deve ser questionado: O conselho municipal de saúde é sujeito na construção do modelo de sistema local de saúde? Se isso ocorre, pergunta-se em que nível e qual o grau de intervenção? A investigação realizada consistiu em observar se a configuração do sistema municipal sofre a interferência do CMS. Também se investigou

¹ O autor deste trabalho acompanhou o processo de criação do conselho de saúde analisado nesta pesquisa e participou de oficinas de capacitação de conselheiros municipais de saúde realizadas pelo NUSP/UFAL em municípios alagoanos.

como ocorre a relação entre a configuração do sistema de saúde e as interferências do Conselho Municipal de Saúde, e como se dá o delineamento da política de saúde local.

O núcleo do problema da pesquisa está centrado na análise dos limites e possibilidades de atuação do Conselho Municipal de Saúde na conformação da política de saúde local. Circunscrevemos a influência do Conselho Municipal de Saúde na decisão das prioridades programáticas e das diretrizes gerais da gestão da saúde local. A análise levou ao debate em torno do poder político incorporado, ou não, pelo Conselho enquanto instância de decisão, na formulação e implantação da política de saúde local.

Nesse sentido, o objetivo geral da pesquisa consiste na identificação e análise dos limites e possibilidades de interferência do Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo na configuração da política de saúde local, no período de 1993 a 1998. Para isso, buscou-se atingir o seguinte:

- descrever a conformação da política de saúde do município, anterior à criação do conselho municipal de saúde e no período estudado;
- identificar atores locais que interferiram no delineamento da política de saúde do município; e,
- circunscrever o nível de influência do conselho municipal de saúde na definição da política de saúde local.

A análise foi feita com o conselho de saúde do município de Rio Largo (AL), em dois (02) períodos de mandatos já cumpridos, início, meio e fim. Utilizam-se esses dois períodos completos, tentando-se evitar possíveis distorções em relação a mais ou menos experiência como conselheiro municipal de saúde.

2. A Metodologia

Trata-se de um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa, em que são descritos e analisados os limites e possibilidades de intervenção do Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo (AL) na configuração da política de saúde local.

A pesquisa aborda dois (02) tipos de enfoque: a pesquisa documental e a pesquisa de campo. Sendo, então, analisados dados primários e secundários.

O universo de estudo da pesquisa abrange a política de saúde do município de Rio Largo, o Conselho Municipal de Saúde e algumas de suas inter-relações. Consideram-se como inter-relações do Conselho outras forças sociais que atuaram dentro e fora do conselho, e que se apresentam como interlocutores e/ou *decisores* na configuração da política de saúde local.

Considerando o núcleo focalizado na pesquisa, a unidade de análise situa-se no conselho municipal de saúde e nos seus membros titulares². Para estudar o conselho enquanto um espaço de participação de diferentes organizações sociais, considerou-se pertinente analisar a atuação dos conselheiros, por ter potencial para expressar, no seu conjunto, através de alguns embates, o resultado de inter-relações das forças sociais distintas que representam.

Para este trabalho, fez-se necessário buscar a contribuição das ciências sociais, sobretudo por tratar-se de uma investigação centrada na realidade social. A abrangência pretendida remeteu à nomeação de temáticas, como: participação, controle social, poder e Estado. No estudo teórico, essas categorias são apresentadas e conceituadas. Dentre as categorias teóricas trabalhadas, a “participação” tem um papel importante, configurando-se no eixo do estudo.

Nas ciências sociais a “sociologia compreensiva” situa-se em contraposição ao positivismo. Segundo Minayo (1996), *“para os positivistas, a análise social seria objetiva se fosse realizada por instrumentos padronizados, pretensamente neutros”* (grifo nosso) (Minayo, apud Deslandes, 1996:23). Por outro lado,

(...) a Sociologia Compreensiva propõe a subjetividade como o fundamento do sentido de vida social e defende-a como constitutiva social e inerente à construção da objetividade nas ciências sociais”. (Minayo, apud Deslandes, 1996:24)

Assim, a vivência, a experiência, a cotidianidade e a compreensão das estruturas e das instituições são vistas como resultado da ação humana objetiva.

Nesse embate teórico, a Dialética

² Foram entrevistados os membros suplentes que em algum momento assumiram a vaga de sua respectiva entidade no Conselho, assumindo as mesmas funções no conselho como membros titulares.

(...) se propõe a abarcar o sistema de relações que constrói, o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados. A Dialética pensa a relação de quantidades como uma das qualidades dos fatos e fenômenos. Busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação como o todo; e a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos. (...). Desta forma, considera que o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos (Minayo, apud Deslandes, 1996:24, 25).

Partindo desse entendimento, esta pesquisa se propôs a analisar o caso do Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo, enquanto fenômeno e processo social nas suas determinações e no seu ser, enquanto resultado da ação dos atores sociais, ou seja, nas suas determinações e nas transformações dadas pelos sujeitos, entendendo que o objeto de estudo, aqui tratado, é tanto resultado de sujeitos como sujeito de uma realidade social local.

Os procedimentos metodológicos adotados envolveram pesquisa empírica e pesquisa teórica. A pesquisa empírica foi operacionalizada através de trabalhos de campo, em que os dados primários foram coletados por meio de entrevistas semi-abertas, realizadas com os membros do conselho e com os secretários de saúde do município do período de setembro de 1993 a maio de 1998.

As questões abertas, abordadas nas entrevistas, foram orientadas por roteiros que tiveram como finalidade dar uma direção única ao *diálogo* com os diversos respondentes (ANEXO 1). A flexibilidade do roteiro foi elemento facilitador no momento das entrevistas. Acredita-se que a rigidez na ordenação das perguntas prejudicaria o desenvolvimento do raciocínio dos respondentes. Foram utilizados dois tipos de roteiros, previamente elaborados. Um, para as entrevistas com membros do conselho, e outro, para as entrevistas com os secretários de saúde. No caminhar da pesquisa de campo, os relatos levaram-nos a outros atores que interferiram no processo. Dentre eles, optamos por duas organizações sociais que, a partir das entrevistas, surgiram como importantes: o *Fórum das Organizações Não-governamentais de Rio Largo* e o *Sindicato dos Trabalhadores da Saúde de Nível Médio de Rio Largo*.

Foram coletados depoimentos, através de entrevistas abertas, com pessoas diretamente envolvidas com as respectivas organizações. Esses atores são aqui denominados de informantes-chave.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram pré-testados com três (03) conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de São José (SC) e do Conselho Municipal de

Saúde de Florianópolis (SC), indicados pelo Fórum Popular de Saúde de Santa Catarina. O Pré-teste dos instrumentos objetivou averiguar a clareza e ordenação das perguntas e o tempo gasto com as entrevistas, bem como se atingiria a finalidade de identificação de variáveis pré-estabelecidas.

Na pesquisa empírica, foram coletados dados secundários nos seguintes documentos:

- Relatórios das Conferências Municipais de Saúde, realizadas em 1993, 1995 e em 1998;
- Atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal Saúde (realizadas no período recortado);
- Plano Municipal de Saúde e Relatórios de Gestão;
- Lei municipal de criação e regulamentação do Conselho Municipal de Saúde, Lei municipal de criação e regulamentação do Fundo Municipal de Saúde, Regimento Interno e Programação de atividades do CMS.

Na pesquisa documental, foram analisados documentos, tais como: as Leis Orgânicas da Saúde Federal, Estadual e Municipal, as Leis de criação do Conselho Estadual e do Conselho Municipal de Saúde, a Lei de regulamentação do Fundo Municipal de Saúde e o Regimento Interno do Conselho Estadual e do Conselho Municipal de Saúde.

A pesquisa teórica abrangeu estudos de bibliografia básica e complementar, além de pesquisa documental.

Na primeira fase da pesquisa bibliográfica, foi feito um levantamento de material pertinente ao tema nas seguintes fontes: Base de dados do LILACS, UNIBIBLI; IBICT e MED LINE, coleções especiais de teses e dissertações da UFSC, catálogo de dissertações e teses internacionais da Biblioteca Central da UFCS e em de revistas e periódicos - Serviço Social e Sociedade, Revista de Administração Pública, Cadernos de Saúde Pública, Saúde em Debate e Revista de Saúde Pública.

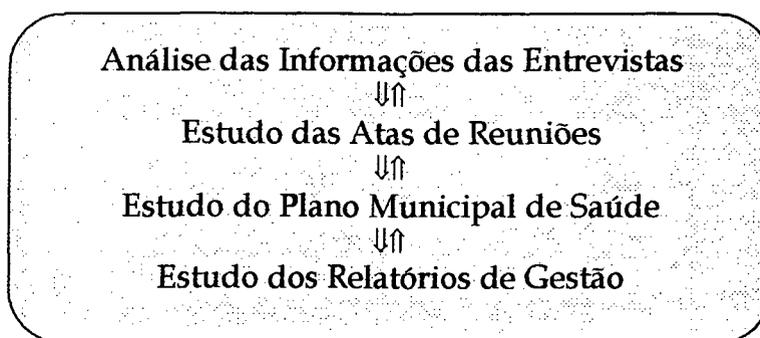
A revisão bibliográfica foi realizada, buscando, em especial, a contextualização, arcabouço legal, aspectos históricos e aspectos atuais, e, a sustentação teórica, categorias de análise que explicam o problema.

A análise dos dados seguiu a seqüência das etapas propostas por Contandriopoulos (1997): preparação e descrição do material bruto, redução dos dados, e, análise transversal das situações.

Os dados foram descritos por categorias analíticas, previstas, e por categorias empíricas, expressadas pela realidade. Filtrando-se as informações não necessárias para este estudo (Minayo, 1992). A interpretação dos dados tomou como premissa básica o contexto dos respondentes das entrevistas e o contexto dos documentos.

No momento de organização e análise de dados, sem desmerecer uma avaliação quantitativa, optou-se por valorizar os dados qualitativos. A interpretação foi permeada pela conjuntura sócio-econômica, política e cultural da realidade social estudada, bem como considerando os antecedentes históricos que favoreceram a configuração atual, sobretudo quanto a respeito dos mecanismos de participação no setor saúde. Com o embasamento teórico das categorias estudadas e nomeadas, face à temática a que se referem, pretendeu-se ultrapassar o senso comum através do método científico, buscando uma aproximação da realidade social.

Para orientar a análise dos dados foi definido o caminho percorrido, representado a seguir:



a) Análise das Informações das Entrevistas: - Os dados foram organizados e agrupados pela síntese das *falas* predominantes e das *falas* particulares. Classificados, de acordo com Minayo (1992), com a ordenação e descrição das *falas* conforme categorias analíticas e categorias empíricas identificadas na interpretação dos dados. O primeiro passo foi a identificação das falas mais importantes e das estruturas de relevância dessas falas.

b) Estudo das Atas de Reuniões: - A intenção deste estudo foi identificar qual a correlação das *falas* dos entrevistados com a mensagem das atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Identificação da coerência entre as informações dos respondentes com o relato documental das reuniões, ou melhor, é feita a correlação das *falas* dos entrevistados

com a mensagem das atas de reuniões. O estudo das Atas identifica as deliberações do Conselho Municipal de Saúde - quais as temáticas que aparecem e se resultam em ação de governo ou ação política -, relações internas no Conselho Municipal de Saúde - convergências e divergências, opositores e aliados, que segmento e/ou representação exerce hegemonia - e outros encaminhamentos - solicitações, reclamações e denúncias. Esse tipo de documento explicita sobre o funcionamento e organização do Conselho, se as reuniões são realmente abertas, quem se faz presente, quem mais participa e se outras organizações não contempladas na composição do conselho participam das reuniões.

c) Estudo do Plano Municipal de Saúde: - O estudo do Plano Municipal de Saúde teve duas finalidades. Primeiro, identificar se as decisões contidas nas atas estão contempladas no Plano Municipal de Saúde, em caso positivo é analisado em que medida e sob que forma isto acontece. Segundo, identificar o que consta no documento e o que não passou pela apreciação e/ou aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

d) Relatório de Gestão - Neste passo, são identificadas as ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde. O objetivo é investigar se as decisões do Conselho Municipal de Saúde foram implementadas. De que forma isso ocorreu - se houve modificação do que foi proposto em relação ao que foi executado - e quais as áreas que foram contempladas - curativa, de prevenção e de promoção.

Na análise dos dados, são utilizadas as fontes de informações da pesquisa empírica, em que se privilegiou a interação entre quatro fontes diferentes: falas, atas, planos e relatórios, incluindo-se outros documentos legais e técnicos. Sendo feita uma correlação de dados destas fontes. Essa interação pretendeu identificar se o que é verbalizado pelos conselheiros aparece nas atas de reuniões e se os registros das atas, sobretudo o que foi aprovado, estão contemplados no plano municipal de saúde. A concretização do que foi deliberado e planejado foi identificada no estudo dos relatórios de gestão e, novamente, na fala dos entrevistados.

Essa correlação entre os dados de diferentes fontes dá-se num movimento não linear. Considerando-se o plano de análise descrito, parece que a opção pelo movimento de *idas e vindas* proporciona uma aproximação da realidade estudada, visto que, na medida do possível, as lacunas de uma das fontes de dados podem ser esclarecidas por uma das demais fontes. O percurso linear pelas fontes de dados certamente levaria a uma análise rígida, sem *voltas nem retornos*; no entanto, deixaria de lado informações importantes para melhor

entender os limites e possibilidades do conselho municipal de saúde exercer o seu papel deliberativo, o seu papel de ator social no sistema de saúde local.

A opção pelo entrelaçamento das fontes de dados contribuiu para o preenchimento de lacunas que foram encontradas em algumas destas fontes, ou seja, quando determinados dados não eram localizados numa fonte, buscava-o em outra. Levando-se em conta a complexidade do tema e suas interfaces, o movimento dinâmico entre as fontes de dados foi apropriado – das falas para as atas, das atas para o plano, do plano para os relatórios, numa interação dinâmica. Acredita-se que este modelo possa contribuir para análises semelhantes que outros pesquisadores possam fazer sobre funcionamento de conselhos.

A interpretação analítica privilegiou o aspecto qualitativo dos dados tendo, como eixo da análise, as variáveis permeabilidade, articulação, visibilidade e a efetividade. A efetividade representa um ponto importante deste estudo, tendo em vista a pergunta da pesquisa. A definição conceitual dessas variáveis consta no capítulo II deste trabalho.

Foram estudadas setenta e duas (72) atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde - sendo quarenta e sete (47) reuniões ordinárias e vinte e cinco (25) reuniões extraordinárias, realizadas no período de setembro de 1993 a maio de 1998.

No universo de quarenta e duas entrevistas, seis não foram realizadas, sendo três secretários, um não localizado, um recusou-se, alegando ter ocupado o cargo por apenas três meses, e o outro disse que “não gostaria de recordar o que aconteceu, por sentir-se mal”; e três conselheiros, um prestador privado e dois trabalhadores. Das trinta e seis entrevistas realizadas, três respondentes optaram pela não gravação das falas, dois profissionais de saúde de nível superior e um representante de associação comunitária que no momento da entrevista, assume cargo de vereador.

O propósito foi entrevistar todos os conselheiros do período delimitado. Das entrevistas planejadas, algumas não se realizaram, e isso parece ser uma repercussão da conjuntura política de Rio Largo (AL). O sentimento de mágoa pareceu estar presente nas entrelinhas das falas dos conselheiros que recusaram participar da pesquisa. Aproximadamente um terço das entrevistas resultou em falas curtas com pouco conteúdo e demonstrando insegurança nas respostas. Certamente isso não se revelou em prejuízo para a pesquisa, visto que a análise privilegiou as falas mais relevantes.

Alguns pontos que não ficaram claros nas entrevistas com os conselheiros, foram esclarecidos através de um rastreamento nas atas de reuniões do conselho. As lacunas

surgiram principalmente quando o conselheiro/respondente respondia que “não lembra”, “não sabe” ou quando se omitia. As omissões ocorreram de formas diversas, seja com o silêncio, com o sorriso, seja com a opção textual em não comentar ou com uma longa resposta com desvio do assunto.

3. O Caso estudado

No período de 1994 a 1995, o trabalho desenvolvido pelo Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo foi alvo de debates na Região Nordeste, tendo sido, algumas vezes, citado em eventos nacionais³ e em oficinas de saúde realizadas pelo Ministério da Saúde em Brasília, no ano de 1994. Dessa forma, considerou-se como um exemplo que merecia ser estudado. Após 1995, não ficaram evidenciadas citações de caráter nacional, o que pode significar um certo declínio na atuação desse Conselho.

Para evidenciar melhor o espaço de atuação do conselho examinado, são apresentadas algumas características do município em questão, as quais serão retomadas e detalhadas no capítulo III deste trabalho.

Rio Largo situa-se na região metropolitana de Maceió, apresentando uma população total de 58.144 habitantes, distribuída na sua maior parte no aglomerado urbano e periférico. Para o estado de Alagoas, em termos econômicos, município de Rio Largo é considerado de porte médio. Possui duas usinas sucroalcooleiras, uma delas situada entre as maiores do estado, e uma destilaria. Abriga o único aeroporto do estado. Apresenta, porém, preocupantes índices sócio-econômicos e de saúde, tais como: elevado nível de desemprego, o maior índice de doenças mentais do estado de Alagoas, elevado índice de doenças do aparelho respiratório e de doenças cardíacas. (Rio Largo, 1993, 1997a e 1997b).

³ I Encontro Nacional de Assistentes Sociais da Saúde, realizado em São Paulo (SP) no ano de 1994, e I Congresso Nacional de Conselheiros de Saúde, realizado em Salvador (BA) no ano de 1995.

4. Estrutura do Trabalho

No capítulo I, são traçados os antecedentes históricos que influenciaram na descentralização dos serviços de saúde no Brasil, no estado de Alagoas, e como isso se refletiu em Rio Largo. Nesse trajeto histórico, a respeito do estado de Alagoas, são assinalados alguns atores importantes para esta análise.

No capítulo II, são discutidos os referenciais teóricos com as temáticas descentralização, participação, poder e controle social.

O capítulo III trata da pesquisa empírica. Nele é apresentada a caracterização do município de Rio Largo e algumas de suas formas de organização social. Traz uma breve ilustração da estrutura organizacional do sistema de saúde local e, sobretudo, contextualiza o processo de criação e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde. Na pretensão de entender os limites e possibilidades do conselho exercer o seu papel de *decisor* sobre as diretrizes do sistema municipal de saúde, esse capítulo descreve a interpretação dos dados obtidos na investigação de campo à luz do quadro teórico.

Por fim, o trabalho conta com discussão acerca dos capítulos e com considerações finais.

Capítulo I

O processo de reformulação do modelo de saúde

O processo de reformulação do modelo de saúde, cujo reflexo em Rio Largo este estudo pretende analisar, prende-se a uma conjuntura relacionada ao processo de redemocratização do Estado brasileiro pós ditadura militar. Naquele período, o sistema de saúde privilegiou a expansão do complexo médico-industrial, tendo-se manifestado, a partir da segunda metade da década de 70, um movimento contra-hegemônico: o movimento sanitário. Esse movimento, inspirado entre outros, na Reforma Italiana, teve um caminho particular no Brasil (Scorel, 1998; Ros, 1991). Neste capítulo, são apresentados alguns traços desse caminho. São apresentadas nuances das principais características do setor saúde a partir de 1920, com destaque para os seguintes períodos: - de 1964 a 1974; - de 1974 a 1986 e - de 1986 a 1988. A segunda parte do capítulo refere-se ao sistema de saúde vigente no país, para, posteriormente, discutir os aspectos do processo de descentralização dos serviços de saúde no Estado de Alagoas e seus reflexos no município de Rio Largo; entendendo que a configuração do modelo de saúde brasileiro é resultado desse processo histórico que aqui se tentou apresentar.

1 – O sistema de saúde brasileiro

O Sistema de saúde brasileiro vem apresentando historicamente diferentes configurações. Tais modificações têm sofrido influência do desenvolvimento econômico, político e social do país e, concomitantemente, da pressão política dos movimentos reivindicativos.

Como analisa Mendes, “(...) o sistema de saúde brasileiro transitou do sanitarismo campanhista para o modelo médico assistencial privatista, até chegar, nos anos 80, ao projeto neoliberal” (Mendes, 1993:19). Demonstra, ainda, que, na primeira metade da década de 90, a política de saúde brasileira, inserida numa instabilidade econômica e política,

moldou-se no projeto da luta sanitária, em que dois projetos antagônicos são colocados em questão: de um lado, o projeto neoliberal; do outro, a reforma sanitária.

A partir da década de 70, aparece, no Brasil, o denominado Movimento da Reforma Sanitária. As principais bandeiras de luta desse movimento foram sistematizadas somente em 1986 com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que representou um marco na história do movimento social pela saúde, aglutinando novos aliados. (Araújo, 1994; Escorel, 1998; Gerschman, 1995).

Embora de maneira preliminar, as propostas do movimento sanitário brasileiro foram concretizadas pelas instituições governamentais, depois de juridicamente asseguradas pela Constituição Brasileira, promulgada em 1988, e mais tarde complementadas pelas Leis 8.080 e 8.142, Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais.

1.1 - Antecedentes históricos da reforma sanitária

Segundo Aguilera & Bahia (1993), o processo de desenvolvimento histórico do Brasil construiu um Estado “patrimonialista e clientelista”, onde está contextualizada a história do setor saúde. Este Estado teve seu aparato burocrático subordinado a interesses de determinados setores da sociedade. Dessa forma, os recursos do setor saúde têm sido distribuídos com critérios que privilegiam os interesses de organizações privadas. Critérios que são mais ainda fortalecidos com a manutenção da tendência à centralização, em seus diferentes níveis.

Junqueira & Inojosa (1992:22) argumenta que essa “(...) forte tendência à centralização (...) aparece como uma forma de racionalizar, de dar eficiência aos serviços”. Isso se reflete na determinação histórica e social do papel do gerente em saúde, que se constrói obedecendo-se à lógica da racionalização, da eficiência, da burocracia e da corporação.

Campos (1992:109), ao discutir sobre as técnicas de gestão no setor saúde, diz que a

predominância, durante dezenas de anos, da prática médica liberal, como principal forma de prestação de serviço às populações, terminou por atrasar a

incorporação ao campo da saúde de métodos administrativos desenvolvidos em outros ramos da produção de bens ou serviços.

Ou seja, os modelos de atenção médica, sobretudo a hospitalar, têm seguido a direção dada pelas normas de mercado. O autor acrescenta que essa forma de gestão favorece a manutenção do poder do corpo de médicos, influenciando decisivamente tanto a organização do processo de trabalho como também os investimentos em novos equipamentos ou na expansão de prestação de serviços.

Nesse padrão histórico de gestão, com predomínio do interesse privado sobre o público, as decisões são tomadas em função dos interesses corporativos de categorias profissionais ou de empresários, em detrimento das necessidades de saúde da população face às especificidades da localidade em foco.

Campos (1992:111), referenciando Foucault (1979), lembra que, a partir do século XIX, particularmente em países europeus, desenvolveram-se ações de promoção e de atenção à saúde. Essa nova perspectiva de pensar a saúde foi incorporada nas ações de governo, criando-se uma *Medicina de Estado*. A *medicina de estado* buscou amenizar os desequilíbrios entre o desenvolvimento espontâneo das cidades e a assistência médica liberal. Isto foi reflexo da configuração do mercado capitalista naquele período.

No Brasil, somente nas primeiras décadas do século XX, são criados modelos de gestão de uma medicina pública, “*trazendo inicialmente aos serviços públicos características organizacionais semelhantes às do exército*”. As ações de intervenção na realidade social, assim como as clássicas formas de campanhas de vigilância, eram programadas verticalmente. Nessa lógica, foram criadas estruturas autoritárias, profundamente hierarquizadas e emperradas, com pequena mobilidade. (Campos, 1992:112).

Anterior ao desencadeamento do processo de industrialização, a economia brasileira era centrada num modelo agroexportador, com um intenso cultivo agrícola do café. A priorização para que o sistema de saúde atendesse a manutenção e restauração da capacidade produtiva do trabalhador – geograficamente situado e inserido no processo de circulação de mercadorias exportáveis – favoreceu a proposta de *sanitarismo campanhista*³ desde o final do século XIX até a metade da década de 70.

³ Projeto com influência da visão militarista, com ações de massa que objetivavam o combate de doenças.

Face às necessidades colocadas pelas relações sociais que advinham como reflexo do processo de desenvolvimento do modo de produção vivenciado no Brasil – o modo de produção capitalista – na década de 20, algumas medidas sociais são tomadas pelo Estado.

Instituída em 1923 a Lei Elói Chaves favorece o surgimento da Previdência Social. A partir daí, é criada a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários⁴. O Sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPS, beneficiou apenas um número limitado de trabalhadores, constituindo-se “*num sistema de proteção social de caráter civil (...)*” (Araújo, 1994:61). As CAPS são resultados de lutas de categorias de trabalhadores mais importantes para a economia agroexportadora. Dentre elas, apontam-se os ferroviários, em 1923, e os marítimos, em 1926. Como coloca Cavalcanti (1992), esse sistema garante aos seus segurados serviços como assistência médica curativa, medicamentos, aposentadorias por tempo de serviço, por idade e por invalidez, pensões para dependentes e auxílio-funeral.

A partir de 1930, com a consolidação do desenvolvimento do processo de industrialização brasileira, surgem novas demandas provenientes da relação capital/trabalho. No governo Vargas (1930-1945), a questão social é assumida pelo Estado através das políticas sociais, na oferta de serviços sem, portanto, perder de vista o “pacto de dominação”.

Em 1930, Vargas cria o Ministério da Saúde e Educação, dividido em duas áreas, a área de saúde pública e a área de medicina previdenciária. As CAPS são mantidas e são instituídos os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs – do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Os IAPs são organizados por categorias de profissionais mais expressivos, como bancários (IAPB) e industriários (IAPI). Como cita Araújo (1994:62),

Os IAPs são gestados em nível de profissionais, de acordo com o poder de barganha desses ramos de atividade na economia nacional. Com a ditadura Vargas (1937-1945) intervém-se no sistema previdenciário retirando os representantes dos trabalhadores – democraticamente escolhidos em assembleias – e nomeiam-se representações ‘pelegas’.

Nessa época, com a Previdência Social, consolida-se a proposta do Sistema de Seguro Social, incorporava apenas os trabalhadores devidamente registrados com Carteira de Trabalho.

No geral, o sentido da política era diminuir os gastos com serviços médicos próprios. Os Institutos de Aposentadorias começam a “comprar serviços” médicos das instituições de caráter filantrópico, como as “Santas Casas”. À primeira vista, a idéia seria

⁴ Categoria de trabalhadores funcional à reprodução do capital, naquele momento histórico.

economizar com alimentação e medicamentos, entre outros itens pertinentes ao atendimento hospitalar (Araújo, 1994).

Registra-se como o primeiro serviço de saúde pública em nível nacional, em 1937, o Serviço Nacional de Febre Amarela, que, igualmente ao Serviço de Malária do Nordeste, em 1939, fazia parte do convênio com a Fundação Rockefeller (Araújo, 1994).

No segundo período da era Vargas, na área da saúde, é priorizada a assistência médica da previdência. Na década de 50, a massa operária gerada pelo processo de industrialização, constituía-se numa recente demanda a ser atendida pelo sistema de saúde. Essa demanda não encontrou respostas no sanitarismo campanhista. Nesse cenário de desenvolvimento industrial, o país vivencia, politicamente, o fim do Estado Novo e o estabelecimento do Estado Democrático com características populistas – que perdurou de 1945 a 1964.

No governo de Juscelino Kubitcheck, 1956, com a afirmação do Plano de Metas, observa-se o privilégio ao setor econômico. A política econômica incentivou a aplicação do capital estrangeiro. Esse período da história brasileira denominou-se de “desenvolvimentismo”, durante o qual a industrialização expandiu-se cada vez mais. Por outro lado, a política social teve características setorializadas e emergentes. Foi criada e regulamentada a Lei Orgânica da Previdência Social. O Serviço Especial de Saúde Pública passou a ser fundação e deu origem a FSESP (Aguilera & Bahia, 1993; Araújo, 1994). Como diz Cavalcanti (1993), no final da década de 50, viu-se o ensaio dos primeiros passos condicionantes que impulsionaram as mudanças no setor saúde nos anos 60, 70 e 80.

A Lei Orgânica da Previdência Social garantia a uniformização dos benefícios. O discurso predominante era o discurso do sanitarismo desenvolvimentista que, como coloca Araújo (1994:64), seguia a lógica do “(...) *aumento da capacidade potencialmente produtiva da produção de serviços e a prevenção do maior número de mortes ao menor custo*”.

Após a renúncia de Jânio Quadros, em 1961, João Goulart assume o governo, o qual foi marcado por diversas resistências. A temática “municipalização” já buscava espaço na realização da III Conferência Nacional de Saúde, em que foram discutidas propostas que ultrapassaram as idéias e projetos na área da saúde de conotação campanhista. Muito embora esses avanços sutis retrocedessem “(...) *nos primeiros quatro anos da década de 60, o impasse político entre as classes e os grupos sociais, tendo como pano de fundo as lutas pela redefinição do padrão de desenvolvimento, deságua no golpe militar de 1964*”. (Araújo,

1994:65). Complementa Cavalcanti (1993:37), “(...) após o golpe, rompe-se o pacto populista e o Estado assume o papel regulador da sociedade; arrocho salarial, controle político-ideológico e concessões sociais”.

No período anterior a 1964, foram introduzidas ao sistema de saúde as idéias em voga da chamada *Administração Científica*. Recebendo uma expressiva influência da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP/SP -, de Secretarias Estaduais, do Ministério da Saúde e da Fundação SESP. Incorporaram-se

de forma mais sistemática os preceitos de Planejamento, Programação, [e] Controle, bem como uma preocupação com a Seleção, Treinamento, e Supervisão de Recursos Humanos, (...) recomendados por Taylor e Fayol. (...) [Criou-se] um corpo de burocratas especializados em administração sanitária[;] dando origem a um novo tipo de sanitaristas, formados não apenas em epidemiologia, imunologia, etc., mas também em gerência de unidades e (...) sistemas de saúde. (Campos, 1992:112).

1.2 - De 1964 a 1974

Em 1966, a substituição dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs – pelo Instituto Nacional da Previdência Social - INPS, veio responder aos objetivos de cobertura previdenciária, da prática médica curativa, do complexo médico-industrial (que ora conquistava espaço), bem como da lucratividade do setor saúde e da capitalização da medicina. Politicamente, o Estado exerce de fato o papel de regulação. A substituição dos IAPs pelo INPS provocou a perda de espaço e controle dos trabalhadores da Previdência Social.

A segunda metade da década de 70 é marcada pelo declínio da expansão econômica e início da abertura política gradual. A partir de 1974, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, foram implantados o Plano de Pronto Ação, o Conselho de Desenvolvimento Social e o Conselho de Desenvolvimento Econômico; foi instituído o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social e a criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV. Nesse período pós-64, a prática médica mercantil de assistência médica à população fortalece-se, principalmente em virtude da influência do setor privado na previdência social. A DATAPREV é criada com o objetivo de

acompanhar, no sentido de “controle”, a negociação na prestação de serviços entre a previdência social e o setor privado, que ocorria através de convênios e de contratos.

Em meio a essa disputa pela maior parcela de recursos públicos, a situação de saúde da população brasileira apresentava um perfil em que se registra uma alta incidência de casos de poliomielite, de chagásicos, esquistossomose e um elevado número de casos de doenças crônicas degenerativas. Esse perfil epidemiológico foi o propulsor para debates entre profissionais de saúde, intelectuais, sindicatos e também no interior de partidos políticos de esquerda. É fundado o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES, que contribuiu para estudos e pesquisas que resultaram na formulação de alternativas para a política de saúde brasileira (Araújo, 1994; Correia, 1997).

Tais debates tornaram-se cada vez mais intensos e aprofundados, aglutinando um número sempre crescente de novos aliados, acentuando-se de forma a constituir-se no denominado *Movimento da Reforma Sanitária*. O movimento da reforma sanitária apresentou questões que tinham como propósito a transformação do modelo vigente do setor saúde. Ademais, buscou ultrapassar as questões específicas do setor saúde, trazendo como pano de fundo a luta pela construção de uma sociedade democrática. (Araújo, 1994; Escorel, 1998; Fleury, 1988; Ros, 1991).

Fleury (1988) faz uma reflexão histórica da evolução das políticas sociais e de saúde do Brasil durante o período de 1964 a 1974, abordando a questão da privatização do social face à implementação da lógica hegemônica de modernização capitalista do país. A análise tem como pano de fundo o cenário político e econômico do período, que, em vista a sustentação de uma proposta de desenvolvimento econômico, nos moldes da modernização capitalista, buscou apoio popular na *ideologia da segurança nacional* - que significou a *racionalidade* do regime militar. A Reforma da Previdência (1966) configurou-se numa das “molas” para a privatização e capitalização dos serviços de saúde, somando-se, ainda, a Reforma Administrativa de 1967. E, finalmente, diante de um quadro de afunilamento dos canais de participação da população, aparecem as raízes de uma proposta *contra-hegemônica* para a política de saúde brasileira.

Para Aguilera & Bahia (1993) o papel desempenhado pelo Estado, face ao regime político da época, na tomada de medidas autoritárias, com o desmantelamento dos canais de reivindicação dos trabalhadores e principalmente quanto à forma organizativa da previdência, favoreceram sobremaneira três grupos: os proprietários de hospitais e clínicas credenciadas, os grandes empresários e os antigos burocratas dos institutos favoráveis à

limitação dos benefícios. Nesse aspecto, dentre os grupos privilegiados com a organização previdenciária, destacam-se a Federação Brasileira de Hospitais, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo e a Associação Brasileira de Indústrias Farmacêuticas como os principais beneficiários e atores na evolução da política de assistência médica da Previdência Social. Esses grupos representavam os interesses privados, os interesses do capital nacional, aliados ao capital internacional, além da tecnoburocracia civil e militar.

Fleury (1988) apresenta situações geradas pelo regime autoritário da época que terminam por gerar circunstâncias contraditórias. No ano de 1969, a famosa Reforma Universitária, que se caracterizou como um dos *“instrumentos do processo de modernização autoritária”*, veio a se estabelecer no momento de origem dos departamentos de medicina preventiva. Esse período foi marcado, no âmbito da saúde, por uma assistência médica essencialmente individualista. No entanto, os departamentos de medicina preventiva, criados nesse cenário, foram considerados os principais *“embriões de uma proposta contra-hegemônica à política de saúde do autoritarismo”*.

No âmbito da cidadania, não houve avanço, pois o que foi modificado limitou-se à legislação, ao tempo em que *“a desigualdade foi aprofundada e a liberdade suprimida”*. Isso nos remete a pensar no sistema de saúde atual - SUS -, valendo questionar a sua efetivação sob determinados aspectos em relação à legislação (Cohn, 1996).

1.3 - De 1974 a 1986

Como diz Correia (1997), sobre a trajetória histórica da saúde pública no Brasil, o período pós-64

(...) mudou a forma de relação com as pressões populares adotadas pelos governos anteriores que as manipulavam de forma corporativa e populistas até o limite de seu interesse mantendo a ordem instituída. O controle social é exercido exclusivamente pelo estado sobre a sociedade, pois as possibilidades de participação popular são retiradas da cena política e as pressões populares são tratadas com repressão. (Correia, 1997).

Com o fim do milagre econômico e com o agravamento da crise do capitalismo, emergem novos atores sociais: os movimentos populares e sindicais com as greves do ABC, o novo sindicalismo, o fim do bipartidarismo, o movimento pela anistia e o

movimento contra a carestia. O *Movimento Sanitário*, por sua vez, sempre procurando ocupar “brechas”, depositou expectativas em torno da realização da VII Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema: “Extensão das ações de saúde através de serviços básicos”. Mas, dentre as organizações da sociedade civil, apenas o Clero teve acesso para participar dessa conferência.

Nesse período, destaca-se um ator importante na conformação que o modelo de saúde brasileiro vai incorporando: o *Movimento Sanitário*. Sobre a origem e articulação do movimento sanitário, Escorel (1995) destaca três aspectos que considera relevantes: a) – “a reativação da política como mediação das relações Sociedade/Estado, a mobilização e organização da sociedade civil e o papel das oposições (liberal, eclesial, partidária, popular)” (Escorel, 1995: 130); b) – a atenção dada ao setor social no planejamento governamental com o advento do II PND; e c) – as reformas que aconteceram no aparato institucional, mais especificamente no então Sistema Nacional de Saúde.

Com relação ao primeiro aspecto, a política como mediação das relações Estado/Sociedade, Escorel (1995) tece considerações sobre movimentos da sociedade que, em graus distintos, colocaram-se em oposição às políticas do regime autoritário. Dentre tais movimentos que contribuíram no fortalecimento da sociedade civil são sublinhados o MDB, os partidos clandestinos, a CNBB, as Comunidades Eclesiais de Base, organizações “ditas” populares (como as associações de moradores), e o Movimento Estudantil. Aglutinando-se ao MDB, observaram-se outras organizações que engrossaram o movimento de redemocratização do país, tais como a OAB, a ABI, a SBPC e o Movimento Pela Anistia. E, com características particulares, mas também urbanas, um pouco mais tarde (em 76/78), o movimento sindical deflagrado em São Paulo com as greves do ABC⁵ (Escorel, 1995).

Ainda discutindo esse primeiro aspecto da origem e articulação do movimento sanitário, Escorel (1995) analisa a conjuntura nacional no período do governo Geisel, referencia o caráter contraditório desse governo, dizendo que

enquanto se esboçava um projeto de distensão e de liberalização, a repressão estaria à solta, aumentando a violência e o número de desaparecidos e mortos sob tortura, diversificando o terrorismo, lançando bombas em bancas de jornais, nas sedes de jornais e nos centros acadêmicos, invadindo universidades (Escorel, 1995: 131).

⁵ Sobre o movimento sindical no Brasil e as greves do ABC, ver o livro *Classe Operária e Sindicatos no Brasil*, de Ricardo Antunes.

Se, por um lado, favoreceu a “liberdade de expressão”, por outro, fortaleceu o “controle” repressivo do Estado sobre a sociedade.

O segundo aspecto favorável à estruturação do movimento sanitário dá-se no interior do governo, com a elaboração do II PND, nos meses próximos à posse do General Geisel. Escorel (1995) ilustra a característica que marca o II PND, documento elaborado e formalizado no regime militar e com a preocupação voltada para as políticas sociais, garantindo a destinação de recursos para esta área. De fato, o que conta positivamente ao movimento sanitário são os espaços institucionais criados, vinculados ao II PND: a FINEP, o setor saúde do Centro Nacional de Recurso Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – CNRH/IPEA - e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde – PPREPS/OPAS. Com esses órgãos, ocorre a destinação de recursos em maior volume para estudos e pesquisas na área de saúde coletiva, destacando-se o Instituto de Medicina Social da UERJ e a FIOCRUZ⁶. A equipe do CNRH contou com a presença de representantes do “sanitarismo desenvolvimentista” e das propostas da III CNS. Essa equipe desenvolveu no CNRH o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição – PRONAN - e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS (Escorel, 1995: 133). O PPREPS/OPAS, por sua vez, teve crucial importância para o movimento sanitário com a expansão das *“propostas da OPAS de racionalização, extensão de cobertura e de utilização dos instrumentos de planejamento. (...) [e] na atuação junto às Secretarias Estaduais de Saúde e em sua articulação com o PIASS”* (Escorel, 1995: 133).

Finalmente, o terceiro aspecto listado por Escorel (1995: 133) trata-se do reordenamento institucional do Sistema Nacional de Saúde. Esse sistema possibilitou a ampliação na *“arena política setorial a participação de representantes de segmentos sociais que questionavam explicitamente a política hegemônica”*.

O governo Geisel chega ao fim com a mesma lógica do seu início. O SINPAS, criado em 1977, mantém as bases financeiras da Previdência Social, inclusive a lógica de *“comprar serviços do setor privado”*. (Escorel, 1995: 134). É um governo marcado com o surgimento de um elenco de reformas institucionais e de novas organizações institucionais. No setor saúde, essas reformas não modificam o modelo de atenção à saúde, mas vê-se a conformação do movimento sanitário que se caracteriza como um ator importante na configuração do cenário político da saúde (Escorel, 1995).

⁶ Estes financiamentos tornaram viável o Mestrado em Medicina Social e a articulação entre acadêmicos e profissionais de saúde do país através do PESES – Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde

A autora citada acima faz uma leitura da conformação do movimento sanitário, que se desenvolve através de articulações estratégicas com “pessoas, grupos e partidos”. Sua gênese ocorre no meio acadêmico com a crítica ao discurso preventivista nos departamentos de medicina preventiva, trazendo a idéia da medicina social. Nessa leitura, a autora sistematiza fatores que fortaleceram o movimento. Esses fatores são os descritos a seguir: **a)** - o movimento teve uma base institucional solidificada nos departamentos de medicina preventiva, estendendo-se aos organismos governamentais de prestação de serviços; **b)** - a visibilidade através da revista *Saúde em Debate* e outras publicações do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde - CEBES, além da adição da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO - que surge mais tarde; **c)** - o desempenho dos intelectuais orgânicos que disseminam no país a abordagem política do movimento através dos núcleos acadêmicos; **d)** - uma linha teórica que embasa os princípios e identifica o movimento⁷ e **e)** - a proposta de reorganização dos serviços de saúde sistematizada com experiências focais e estudos teóricos.

De 1975 a 1979, verificou-se, no campo acadêmico, a expansão, no país, de uma abordagem voltada para o enfoque de análise dos problemas de saúde, bem como uma significativa produção intelectual (Arouca, apud Escorel, 1995). Escorel (1995: 140) coloca que a “academia” deu sua parcela de contribuição, principalmente na “redefinição das políticas de saúde”, na “democratização das instituições de saúde e do país”.

A concepção de saúde como relação do processo histórico e social foi difundida em 76 através da revista *Saúde em Debate*, publicada pelo CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. As idéias sanitaristas difundidas pelo CEBES tinham base nas ciências sociais com uma conotação marxista. O CEBES tinha como diretriz a democratização do país, a unificação do sistema de saúde e a reforma sanitária. Parece que de fato sua consolidação foi salutar, principalmente pela capacidade de interlocução com outros segmentos da sociedade como o poder legislativo. Ao prestar assessoria a parlamentares, provoca espaços de discussão sobre política de saúde promovidos pela Comissão de Saúde da Câmara, em 79. Sobre o CEBES, Escorel (1995) conclui dizendo que esse Centro passou por altos e baixos, mas permaneceu presente principalmente quando se fez necessário ao movimento sanitário (Escorel, 1995: 142-143).

⁷ Esta linha teórica foi sendo definida e tomou corpo de um marco teórico comum que teve como objeto de estudo e de intervenção, a realidade social. Na mesma direção dois veios de análise se firmam: o veio de análise voltado para o planejamento estratégico, e o veio de análise da Economia Política em Saúde. (Escorel, 1995).

No espaço acadêmico das universidades, o movimento estudantil, expressando-se nos eventos e nos centros acadêmicos setoriais⁸, mais especificamente nos cursos de medicina, trazia suas idéias: “pela democratização do país e do setor e contra a privatização, num movimento idêntico ao que ocorria em outros fóruns” políticos. Foi espaço de ampliação da consciência sanitária e social (Escorel, 1995: 140).

Nesse mesmo governo, outro aliado pela modificação da política nacional de saúde foi o movimento médico, que trouxe, através do movimento dos residentes, a discussão em torno das relações de trabalho no setor saúde. É uma das vertentes do movimento sanitário na defesa por melhores condições de vida e de saúde (Escorel, 1995: 146).

Além do exposto sobre a segunda metade da década de 70, os projetos institucionais também tiveram lugar de destaque no fortalecimento do movimento sanitário. Escorel (1995) cita os exemplos do PLUS, Montes Claros e PIASS⁹.

A proposição de “um modelo *regionalizado, hierarquizado* em quatro níveis assistenciais, com definição de *porta de entrada* para o sistema”, é sistematizada através da interlocução do PLUS, Projeto Montes Claros e do PIASS. “*Suas principais diretrizes eram: a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a participação comunitária*” (Escorel, 1995: 149). A autora mencionada acrescenta que essas linhas gerais orientaram as propostas do movimento sanitário apresentadas no PREVSAÚDE, nas AIS, na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Reforma Sanitária.

Escorel (1998) apresenta um quadro que aqui se pretende descrever alguns elementos. O **discurso preventivista** tinha a “biologização” como *modalidade discursiva* conceituada numa visão ecológica de *saúde/doença*, na história natural da doença e na multicausalidade, apontando como estratégia a mudança de atitude das pessoas, a integração e o instrumental estatístico como referencial teórico. Enquanto que o **discurso médico-social** trouxe, na sua formação discursiva, palavras-chaves, como a politização, participação, universalização, regionalização, hierarquização e descentralização. Essas temáticas eram para essa corrente contextualizada no enfoque de *saúde/doença* como processo social, processo resultante de uma determinação social e de sua própria historicidade. Suas estratégias são

⁸ A representação nacional, a União Nacional do Estudante – UNE – era ilegal e não podia aparecer.

⁹ O PLUS – Plano de Localização de Unidades de Serviço desenvolve-se de 76 a 79, sendo destaque no estado da Paraíba. Teve basicamente ações voltadas para a eficiência das unidades de saúde e hospitalares, foi desativado no início do governo Figueredo. O MOC – Projeto Montes Claros, é operacionalizado em 1978 em amplitude nacional. O PIASS teve como seu principal produto a constituição do CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. O PIASS recuperou o espaço perdido pelo PLUS no interior da Previdência.

diferenciadas das estratégias da corrente preventivista. Quanto às estratégias, o discurso médico-social teve o seguinte: intervenção no Sistema Nacional de Saúde, com a ocupação de espaços institucionais, formação de núcleos de poder, unificação do sistema de saúde brasileiro e prática política.

Na *revisitação* feita por Escorel (1998) são debatidas algumas indagações atuais. A autora diz que o movimento sanitário surge da necessidade de construção de um marco teórico que resguarde o pensamento médico-social em contraposição à medicina-preventivista. Molda-se, enquanto *pensamento contra-hegemônico* com baixa capacidade de interferência, nas decisões institucionais. Em função disso, entendeu-se que a estratégia foi ganhar pulso nos espaços institucionais, tendo, como base sustentadora e articulada numa parcela da sociedade, academia, partidos, movimento estudantil, grupos sindicais, entre outros. Nesse sentido, considera-se que o movimento sanitário ganha pulso ao ocupar espaços na cena política, com o advento da chamada “distenção” do governo Geisel. Enfim, Escorel (1998) concorda com Teixeira, citando que esse movimento social se conforma na busca da “(...) *construção de um saber, por ser um movimento ideológico e por ter uma prática política*” (Teixeira, apud Escorel, 1998: 181).

Na segunda metade da década de 70, a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES, acontece paralela aos dismantelamentos de uma política de saúde que não respondia às demandas populacionais; e, paralela às contestações às políticas empreendidas pelos governos da ditadura. O CEBES congrega atores sociais em torno de uma contra proposta à política de saúde imposta pelo Estado. Apontava uma nova direção para o sistema de saúde brasileiro, com princípios da universalização, da gratuidade, da descentralização e da qualidade.

No início da década de 80, o tema descentralização é tomado como bandeira política nos programas dos governos de oposição, eleitos em 1982. A proposta encerrava-se na “descentralização do poder”. Esses novos governos caracterizam-se com a contribuição para o processo de municipalização – desencadeado mais tarde – através dos convênios das Ações Integradas de Saúde – AIS. Essas ações foram implementadas com a denominação de Programa de Ações Integradas de Saúde – PAIS. São operacionalizados de forma tripartite pelo Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS/INAMPS, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde (Araújo, 1994; Escorel, 1998). Parece-nos que, nesse período, a forma tripartite de trabalho não deu lugar aos municípios.

A experiência das AIS trouxe como consequência a estratégica implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, que ensaia os objetivos do Sistema Único de Saúde – SUS, respaldando as teses da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Adiante são ilustrados alguns traços da VIII CNS.

1.4 - De 1986 a 1988

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde - VIII CNS, no ano de 1986, foi, na década de 80, o marco para a história da construção do atual modelo de saúde no Brasil. No evento, houve participação de representações da população, dando uma certa legitimidade ao *movimento sanitário* e às suas propostas para o Sistema Único de Saúde - SUS. A temática da Conferência foi a *saúde como direito de todos e dever do Estado*, vindo posteriormente se configurar no artigo 196 da Constituição Brasileira¹⁰.

Resultou da VIII CNS a sistematização das bases doutrinárias do movimento sanitário e a aprovação de diretrizes para a base financeira do sistema de saúde e o conceito ampliado de saúde, caracterizado como direito de cidadania e dever do Estado. Considerada como representativa, essa conferência não contou com a presença dos prestadores privados¹¹. O grau de representatividade deu-se por contar com a presença de delegados dos diversos estados da federação, os quais passaram por um processo de debate nos eventos locais, preparatórios à realização da VIII CNS. Esse marco na configuração histórica do sistema de saúde no Brasil desdobrou-se nos eventos de temas específicos (saúde bucal, endemias, dentre outros), bem como na formação de Plenária Nacional de Entidades de Saúde que atuou decididamente junto ao processo constituinte (Escorel, 1998). Dessa forma, a aprovação das deliberações da oitava conferência refletiu-se em “*vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário*” (Escorel, 1998: 187).

A promulgação da Constituição Federal do Brasil em 1988 representou um passo à frente para os propósitos do movimento sanitário e conseqüentemente, um ganho,

¹⁰ Sobre os aspectos legais, do sistema de saúde brasileiro, este trabalho trata no item 2 deste capítulo.

¹¹ Estes se fizeram presentes no processo constituinte, onde no exercício de seu poder hegemônico fazem constar seus interesses.

sobretudo para uma parcela da população brasileira, aquela que compõe os grupos socialmente excluídos dos direitos sociais.

2 – O atual sistema de saúde brasileiro: aspectos legais do SUS:

A Constituição Federal do Brasil é considerada por alguns autores como a “*Constituição Cidadã*”, por garantir legalmente, em diversas áreas, os direitos sociais e respaldar o exercício de cidadania, anteriormente negado aos brasileiros. A respeito do setor saúde, a Carta Magna preconiza no seu artigo 196 que:

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988:39),

e, no artigo 198, define as diretrizes do SUS nas alíneas I, II e III, da forma a seguir:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. (BRASIL, 1988:39).

Apesar de mostrar o norte do Sistema Único de Saúde, a regulamentação da Constituição Federal do Brasil dá-se somente dois anos depois, com as Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90, aprovadas no primeiro governo civil do Estado de direito democrático. O Estado de direito democrático se estabelece “mascarado” com características neoliberais e com traços evidentes de conservador, autoritário e patrimonialista. No governo Collor – primeiro Presidente da República por eleições diretas pós 60 – observaram-se poucos avanços para o setor saúde, que ocorreram por esforços dos municípios. Além das irregularidades do FINSOCIAL, o Plano Plurianual não trazia previsão de despesas com a saúde, que fica a depender do MPAS e Ação Social (Araújo, 1994).

Quatro anos após a promulgação da Constituição, é realizada da IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, após ser convocada e adiada várias vezes. A IX CNS, que teve como tema “*Municipalização é o caminho*”, reforçou as propostas da VIII

CNS e serviu como impulsor para a implantação do SUS. O clima de preparação da IX CNS com a realização de suas etapas, as pré-conferência, nas esferas estadual e municipal proporcionou um movimento de mobilização na sociedade brasileira, alavancado pelo setor saúde. Araújo (1994:97) informa que aconteceram “*Conferências Municipais em mais de 50% dos municípios brasileiros e conferências estaduais em 100% das unidades federais*”. A IX CNS reafirmou a proposta de composição paritária dos conselhos de saúde, ficando assim definido: 50% das vagas a serem ocupadas por representações de usuários do serviço público de saúde, 25% por representantes dos trabalhadores da saúde e 25% pelo governo e prestadores de serviço de saúde.

Após a realização da IX CNS, que trouxe, nas suas deliberações, orientações para a implantação processual do novo modelo, foi aprovada a *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS/93*. Essa norma teve como objetivo básico “(...) *disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde*” (BRASIL, 1996a).

Com a normatização da NOB-SUS/93, o processo de municipalização é desencadeado com a descentralização da gestão dos serviços para os municípios. Foram, então, criadas as comissões intergestoras tripartite e bipartite¹². Tais comissões tiveram o papel de avaliar as condições de enquadramento dos municípios de acordo com as orientações da NOB-SUS/93, que apontava uma série de critérios a serem obedecidos pelos gestores. Como opção, os municípios tinham as gestões incipientes, parcial, semi-plena e plena. A NOB-SUS/93 exigia, como critério para condição de enquadramento, mesmo para gestão incipiente (a mais simples), a existência dos conselhos de saúde. (NOB SUS/93). Isso forçou os secretários municipais e prefeitos interessados em gerir os serviços de saúde de suas respectivas localidades a “criarem” os conselhos de saúde. E, em muitos casos, a “pressa” ou a “oportunidade” provocou a criação de conselhos das formas e composições mais absurdas, ou seja, foram criados conselhos por decretos dos prefeitos e sem seguir o critério da paridade na composição (Carvalho, 1994).

Do ponto de vista legal, esse período parece ter representado o deslanchar das proposições do *movimento da reforma sanitária* (pelo menos em alguns municípios). A Constituição de 1988, as Leis aprovadas em 1990, os documentos *ministeriais*, as resoluções

¹² Comissão Intergestores Bipartite é uma instância de âmbito estadual que negocia e decide quanto a questões operacionais do SUS, é composta de forma paritária por representantes da secretaria estadual de saúde, e do COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde.

do Conselho Nacional de Saúde, enfim, uma série de documentos oficiais provocaram - e "obrigaram" - um reordenamento institucional para prestadores de serviços de saúde tanto públicos quanto privados (Carvalho, 1994; Correia, 1997).

3. Aspectos do processo da descentralização dos serviços de saúde no estado de Alagoas e seus reflexos no município de Rio Largo

O Estado de Alagoas, segundo menor do Brasil em extensão territorial¹³, tem hoje uma população de aproximadamente 2.637.983 habitantes (IBGE, 1997). Do total, 27% concentra-se na Capital. É um Estado economicamente pobre, com um setor industrial incipiente e centrado na produção sucroalcooleira. Possui um anel viário satisfatório, facilitando a comunicação entre os 103 municípios e a Capital. A maior parte dos municípios é formada, em média, por uma população que varia de 10.000 a 50.000 habitantes. Apenas Maceió, a capital, e Arapiraca possuem mais de 100.000 habitantes (IBGE, 1996).

O Estado de Alagoas divide-se em quatro regiões que se distinguem pelas condições sócio-econômicas – a zona da mata, o sertão, o agreste e o litoral. A zona da mata caracteriza-se pela produção agroindustrial, sucroalcooleira e de horti-fruti-granjeiros. No sertão alagoano, vê-se prevalência da agropecuária e industrialização do leite e seus derivados. No agreste, há uma predominância da agricultura de subsistência e do cultivo do fumo, atividade que resiste a várias décadas, apesar das tentativas de mudança de alguns fumicultores. No litoral, observa-se o desenvolvimento "embrionário" da indústria do turismo, com uma razoável rede hoteleira. São 230 Km de costa do oceano atlântico, 17 lagoas, além do rio São Francisco. Segundo Araújo (1994) uma elite de vinte e sete famílias detém o monopólio da indústria sucroalcooleira, embora atualmente algumas usinas estejam fechando, e outras paralisando suas atividades. É comum, nos complexos agroindustriais, a rotatividade da mão-de-obra, repressão às tentativas e formas de organização do trabalhador e suspensão

¹³ Possui uma superfície de 27.937 km², correspondendo a 0,32% do território nacional.

das políticas assistenciais. É uma mão-de-obra caracterizada como temporária, pois depende do ciclo agrícola da cana-de-açúcar. Assim, os trabalhadores são, em geral, contratados de maneira irregular, sem carteira assinada ou qualquer tipo de registro.

Alagoas continua sendo o Estado com os maiores índices de mortalidade infantil no País. De acordo com a UNICEF, 40% das crianças alagoanas estão na faixa de risco da desnutrição. Entre as principais causas da mortalidade infantil, estão as diarreias (58%) e as infecções respiratórias graves (20%). Mas esse quadro vem sendo revertido aos poucos. Nessa batalha, salienta-se o trabalho desenvolvido pela Pastoral da Criança¹⁴ (Jornal Gazeta de Alagoas, 12/10/99).

O sistema de informação mostra municípios alagoanos com indicadores de mortalidade infantil de 90/1000 ha e até de 180/1000 ha. Os indicadores de cobertura também são baixíssimos. A exemplo da cobertura vacinal, que não conseguiu organizar o controle dos agravos, 90% dos municípios com cobertura vacinal abaixo dos 90%. O percentual de cobertura de PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde - e de PSF – Programa de Saúde da Família, ainda é pequeno. Setenta municípios implantaram esses programas, e muitos deles ainda não atingiram a meta almejada pela Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas - SES/AL¹⁵. É um quadro que retrata o acanhamento com o controle das doenças e dos agravos no Estado de Alagoas. O impacto no nível de saúde da população expressa-se ainda com muita timidez (Alagoas, 1999b).

A gestão parece ter evoluído do ponto de vista das estruturas municipais, tratando-se de um estado que o tipo de gestão é Plena, tendo alguns avanços como o controle social com os conselhos municipais de saúde. Avançou na identificação de metodologias para capacitação de conselheiros municipais de saúde (Alagoas, 1999).

No entanto, no campo da assistência, a organização do sistema de urgência e emergência é um problema grave. O Estado de Alagoas conta com uma única unidade de emergência pública. Atualmente, na rede, pequenas unidades de urgência/emergência estão sendo preparadas junto com a equipe do corpo de bombeiros. Do ponto de vista da assistência básica, houve, no governo atual, um aumento no percentual de cobertura de PSF, nos municípios. Segundo a Assessoria de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde, o

¹⁴ A Pastoral da Criança é uma organização não-governamental ligada à Conferência Nacional dos Bispos Brasileiros – CNBB. A Pastoral da Criança atende no Estado de Alagoas 554 comunidades de 52 municípios, totalizando uma média mensal de atendimento a 20.704 famílias e de 32.000 crianças menores de seis anos. (Jornal Gazeta de Alagoas, 12/10/99).

¹⁵ ASPLA-SES/AL. Dados de setembro de 1999

propósito é cobrir todo o estado com equipes do PSF e reestruturar as equipes de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica. Essa reestruturação acontecerá com a implantação dos núcleos de vigilâncias municipais, os quais receberão apoio e capacitação da equipe estadual (Alagoas, 1999).

Do ponto de vista da evolução histórica da organização dos serviços de saúde no Estado de Alagoas, destaca-se o processo de implementação do SUDS, que aconteceu de forma contraditória. Como diz Araújo (1994), foi uma *descentralização centralizadora*. Se, por um lado, houve a descentralização do nível federal para o estadual, por outro, o repasse dos serviços e dos recursos do nível estadual para o municipal ficou sob a benignidade do então secretário estadual de saúde. Ele desconsiderou critérios técnicos e tomou posicionamentos conforme alianças político-partidárias para as eleições de 1989 e 1990 (Araújo, 1994).

As Conferências Municipais que antecederam à IX Conferência Nacional de Saúde foram realizadas em todos os municípios alagoanos, com o empenho dos profissionais de saúde que defendiam as propostas da *Reforma Sanitária*. A IX CNS despertou o interesse de alguns municípios pelo processo de municipalização, mesmo antes da divulgação das orientações da NOB-SUS/93.

Durante o ano de 1993 e início de 1994, houve, no cenário estadual, um entrave entre governo do estado e um grupo de secretários municipais de saúde, representados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Alagoas - COSEMS/AL. A divergência era principalmente devido ao não cumprimento da legislação do SUS por parte do governo estadual. Por sua vez, o COSEMS/AL buscava a garantia do deslançar do processo de municipalização. Com a medida do governador em destituir a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, fez-se necessário que se recorresse à Comissão Intergestores Tripartite para avaliar os processos de enquadramento dos municípios. A Comissão Tripartite aprovou o enquadramento de quatorze (14) municípios alagoanos, em 14 de dezembro de 1993 (Correia, 1997; Ata de reunião extraordinária CMS, de dezembro de 1993).

De 1989 até hoje, o Estado de Alagoas teve na Secretaria de Estado da Saúde - SES/AL - cerca de oito (08) secretários estaduais. Essa instabilidade trouxe conseqüentemente a carência de programas e projetos dinamizadores que fizessem impacto nos níveis de saúde da população alagoana. Como foi descrito, a política de saúde estadual era indefinida e

antimunicipalista, sobretudo no momento em que, no âmbito nacional, crescia o movimento e a implantação dos mecanismos de descentralização municipal das ações e serviços de saúde, embasados no arcabouço jurídico-normativo (Araújo, 1994).

O governo anterior (1995-98), conseguiu “sentar à mesa” com os municípios para a implantação da norma operacional básica do SUS/96, e definiu alguns mecanismos de gestão da municipalização pactuados com os municípios na comissão intergestores bipartite. O processo de conformação da municipalização no Estado de Alagoas foi difícil e traumático em sua pactuação, decorrendo daí uma municipalização autárquica (Alagoas, 1999; Cavalcanti & Costa, 1998; Correia, 1997). A SES/AL teve seu papel esvaziado tanto pela condução nacional do processo quanto pelo não exercício do seu papel regulador e cooperativo (Alagoas, 1999; Cavalcanti et al., 2000). Por outro lado, os obstáculos estabelecidos pela ausência da ação do estado no processo de municipalização favoreceram o aparecimento, na cena política, de alguns atores sociais. Dentre estes, os secretários municipais de saúde, que conseguiram legitimar uma corporação autônoma dentro do colegiado dos secretários municipais – COSEMS. O COSEMS, criado em 1989, numa relação direta com o nível federal, consegue implantar o processo de municipalização, entre os anos de 1992 e 1995 (Alagoas, 1999; Correia, 1997).

Atualmente 100% dos municípios estão enquadrados na descentralização, sendo 87,4% na gestão básica do sistema e 12,6% na gestão plena do sistema¹⁶.

No último governo (Divaldo Suruagy/Gomes de Barros) forças políticas do movimento pela saúde conseguem viabilizar a implantação da NOB/96, a elaboração da Programação Pactuada Integrada - PPI, a proposta de “referência” do estado para procedimentos de média e alta complexidade. Posteriormente à elaboração da PPI, alguns municípios estabelecem um processo de negociação, buscando mecanismos de pactuação na oferta de serviços de saúde. A negociação tem como finalidade cooperar entre si por serviços disponíveis, para atender seus usuários, de forma a garantir o princípio da integralidade que preconiza o SUS (Alagoas, 1999).

O município de Rio Largo (área de abrangência do universo deste estudo), situa-se na região metropolitana de Maceió, apresentando uma população total de 58.144 habitantes¹⁷, distribuída, na sua maior parte, no aglomerado urbano e periférico. A zona rural,

¹⁶ Informação obtida na câmara técnica da Comissão Bipartite/AL.

¹⁷ População estimada pelo IBGE/96.

com poucos moradores, é ocupada predominantemente pelo cultivo da cana-de-açúcar. Considerando a média do Estado, Rio Largo apresenta-se economicamente num nível intermediário. Abriga o único Aeroporto do Estado. Possui duas usinas sucroalcooleiras (uma delas considerada entre as maiores do Estado) e uma destilaria. Há pouco mais de duas décadas, o município registrou a falência do seu complexo fabril têxtil, setor que foi principal atividade econômica durante várias décadas no município.

Hoje grande parte da população riolarguesense trabalha em Maceió e em outros municípios das proximidades, caracterizando-se como de “*cidade dormitório*” e apresentando um elevado nível de desemprego. Nos indicadores epidemiológicos do Estado de Alagoas, Rio Largo destaca-se por apresentar o maior índice de doenças mentais, de doenças do aparelho respiratório e cardíacas. Contraditoriamente, apesar desse contexto, o município, destacou-se pelo nível de organização social na área da saúde, embora, aparentemente, isso tenha ocorrido de forma fugaz.

Capítulo II

Alguns enfoques a respeito da categoria participação e o seu contexto na descentralização da gestão da saúde

O quadro teórico deste estudo tem a participação como categoria de análise central. Neste capítulo, são esboçados enfoques a respeito da participação (comunitária, popular e social), objetivando entender a participação em saúde. São discutidas as categorias poder e controle social pelo seu entrelaçamento com a categoria analítica central.

Tratando-se de um estudo sobre participação social em saúde, o desenvolvimento da linha teórica deste trabalho perpassa numa concepção de Estado que foi considerada adequada. No Brasil, a participação social em saúde desenvolve-se e vem a constituir-se em espaços institucionais numa relação dialética com o processo social e histórico de remodelagem do sistema de saúde. Como foi visto no capítulo anterior, o processo de reformulação do sistema de saúde no país, teve, como seu principal ator, o movimento de reforma sanitária, consolidou princípios e diretrizes para o sistema, dentre os quais este trabalho opta em descrever a descentralização. A opção deveu-se à influência da descentralização no exercício do controle social, no estabelecimento das relações de poder e no exercício da participação através dos mecanismos legais constituídos. Se justifica em virtude deste trabalho analisar a participação social, as relações de poder nos mecanismos de participação e o controle social da sociedade sobre o Estado, no contexto do SUS.

Na primeira parte do capítulo, o referencial teórico é contextualizado, elegendo-se uma concepção de Estado. Na segunda parte, é feita uma descrição da descentralização dos serviços de saúde, e são apresentados os tipos de gestão desses serviços. Na terceira parte, são discutidos diferentes enfoques de participação e participação em saúde. As duas últimas partes tratam da categoria de análise poder e da categoria controle social.

1 – Contextualizando o referencial teórico

O desenvolvimento de estudos e pesquisas na área da saúde pública tem exigido a busca de subsídios teórico-metodológicos nas ciências sociais (Canesqui, 1995). É salutar recorrer a alguns conceitos, como: controle social, participação, descentralização, instituição e sociedade civil.

A busca teórica visou ao entendimento de como se comportam as organizações por onde perpassam as políticas de saúde, mais especificamente os conselhos de saúde.

Foram nomeadas como “tronco” de análise teórica as contribuições de Antonio Gramsci. Segundo Coutinho (1992), o principal objetivo da formulação teórica de Gramsci está centrado na construção de uma teoria política marxista. Suas preocupações centrais eram renovar o pensamento marxista e construir uma nova estratégia revolucionária para os contextos sociais em que o capitalismo já havia assumido uma posição hegemônica (Coutinho, 1992 e 1994). Entende-se que o pensamento de Gramsci seja situado na teoria política, mas essa discussão não é o propósito primeiro para este trabalho. É feito um esforço para melhor entender as categorias teóricas, citadas adiante, dentre elas, algumas foram nomeadas como variáveis de análise neste estudo.

Gramsci situa a concepção de sociedade civil na crítica e no enriquecimento do pensamento político marxista. Enriquece, com novas determinações, a teoria marxista de Estado, sistematizando a *teoria ampliada de Estado* - conceito que tem gerado incansáveis debates entre diversos estudiosos desse campo. A formulação gramsciana concebe o Estado não apenas como coerção, mas inclusive como hegemonia, como direção moral e intelectual.

A teoria ampliada de Estado comporta duas esferas principais: a sociedade política e a sociedade civil. A sociedade política corresponde ao Estado-força, configura-se nos aparelhos coercitivos sob controle das burocracias executiva e policial-militar, formadas pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência. A sociedade civil corresponde à esfera da produção e difusão de ideologias, isto é, a direção intelectual e moral de um povo. É formada

(...) pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as Igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura [-] revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa [-]
(...) (COUTINHO, 1992:76-77).

Nesse sentido, além dessas organizações, é factível acrescentarem-se as associações de moradores, organizações esportivas, recreativas e de lazer. Tais instituições e organizações correspondem aos “aparelhos privados de hegemonia”; os quais, apesar de não possuírem a direção política, podem estabelecer um processo contra-hegemônico, partindo do desenvolvimento do nível de conscientização. Em situações focais, um processo contra-hegemônico pode vir a tornar corpo de uma situação hegemônica.

O Estado, nessa concepção, é a síntese de sociedade política e de sociedade civil. Síntese de Estado-coerção e de aparelhos privados de hegemonia. Para Gramsci, o *Estado não é apenas resultado da luta de classes, mas o lugar onde se dá a luta de classes*. A definição das políticas públicas, no Estado capitalista, vai levar consigo o “gen” não somente da luta de classes, mas vai possibilitar, no seu bojo, um espaço para o desenvolvimento constante da luta de classes.

É possível figurar essa abstração teórica, demonstrando que a regulamentação jurídica do sistema de saúde brasileiro representa tanto a síntese de uma luta de classes como um espaço de consolidação permanente de conflito social - que, neste caso, ocorre nas instâncias deliberativas, nas Conferências e Conselhos de Saúde.

Na ampliação do conceito de Estado feita por Gramsci, é elaborado um modelo tripartite de análise social: a base material (que corresponde à sociedade civil marxiana)¹⁸, a sociedade civil (os aparelhos de hegemonia) e a sociedade política (o Estado-força).

(...) a teoria do Estado em Gramsci (...), emerge da noção marxista de uma superestrutura enraizada nas classes e um sistema político-jurídico enraizado no conflito entre as classes sociais. (Carnoy, 1990:116).

O sistema político-jurídico brasileiro é dirigido por representantes da camada social que exerce dominação, política e econômica, na sociedade. Essa direção não ocorre somente através da coerção. É uma dominação hegemônica, respaldada tanto no interior da sociedade quanto pela estrutura jurídica.

No caso particular do Sistema Único de Saúde -SUS-, observa-se um dilema. Com a regulamentação das Leis Federais 8.080 e 8.142, garante-se à população o acesso integral aos serviços de saúde e a sua participação na definição da política de saúde. Do ponto de vista jurídico-normativo, são inegáveis os avanços advindos com a Constituição de 1988. No entanto, verifica-se hoje o fortalecimento, cada vez mais intenso, da camada social

¹⁸ Vide MARX & ENGELS [sd]; e MARX, 1974.

dominante - atualmente mais explícita e expressa por: seguro de saúde privado, proprietários de hospitais, indústria de equipamentos e medicamentos e mais recentemente pela clara vinculação aos desígnios do capital internacional, como o Fundo Monetário Internacional e a Organização Mundial do Comércio.

2 - Descentralização de serviços de saúde e tipos de gestão

A categoria teórica descentralização é entendida como redistribuição de poder, co-responsabilidade entre níveis de governo e co-gestão a depender da capacidade resolutiva de cada esfera de governo. Segundo Cohn (1996) a descentralização (na gestão dos serviços) no Brasil, significando maior responsabilidade para o governo municipal não é experiência singular no setor saúde. Esclarece ainda sobre o risco em se confundir gestão descentralizada com gestão democrática.

(...) pensar a relação entre descentralização, cidadania e saúde nos marcos da consolidação democrática no Brasil implica exame concreto de experiências de administração local no setor à luz de algumas questões e preceitos centrais do movimento sanitário que devem ser revisitados. (Cohn, 1996:315).

A descentralização pode significar transferência de poder, contudo não implica democratização. No entanto, *“(...) diante da tradição altamente centralizadora do Estado Brasileiro, delegar maiores responsabilidades ao poder local representa um passo significativo em direção à descentralização”* (Cohn, 1996:319). As características de delegação de poder podem significar que paralelamente esteja ocorrendo com a descentralização um ensaio de um processo de democratização.

Na proposta de Campos (1992), as equipes locais de saúde teriam autonomia para organizar-se, respeitando as diretrizes e limites gerais da política de saúde nacional. Defende ainda uma reforma administrativa dos padrões de gestão do Sistema Único de Saúde e a Gestão Coletiva assegurada através de mecanismos institucionalizados e permanentes. O autor acrescenta que, para serem fortalecidos, tais mecanismos devem ser incorporados aos

organogramas oficiais. Exemplifica-os citando os Conselhos Locais de Saúde, a serem formados nas unidades de saúde¹⁹.

2.1 - Gerência e gestão dos serviços públicos de saúde

Considera-se que a lógica da gerência e da gestão de serviço público de saúde deve ter como principal ponto de partida o reconhecimento das necessidades da população, a partir do seu perfil epidemiológico. Entretanto, não basta restringir preocupação apenas à quantidade de serviços ofertados. É importante considerar a utilidade e a qualidade destes serviços. O baixo desempenho vivenciado hoje no setor saúde não pode ser atribuído somente às más condições de trabalho, aos baixos salários e a desmotivação dos profissionais de saúde. Além disso, devem ser consideradas as condições político-econômicas e sociais gerais do país, a inexistência de responsabilidade gerencial.

Atualmente, a legislação, no Brasil, preconiza que saúde é um direito de todos e dever do Estado; garantindo, inclusive, a participação da sociedade civil através de espaços formalizados, com estrutura e condições de funcionamento, a serem asseguradas pelo próprio Estado. A Lei 8.080/90 assegura um modelo descentralizado de gestão pública para a saúde.

A descentralização e o correspondente processo da municipalização, enquanto alternativa tática para a implementação da Reforma Sanitária, vem consolidando os sistemas locais de saúde como um meio de trazer para junto da população o poder de decisão sobre os rumos, a qualidade e a *capacidade resolutiva* dos serviços de saúde. Da forma como estão postos, os sistemas locais podem possibilitar à população o acompanhamento da aplicação dos recursos públicos.

No Sistema Único de Saúde, a proposta da gestão descentralizada não deve ser entendida apenas como “*alternativa tática para a implementação da Reforma Sanitária*”. Vai

¹⁹ O conselho local de saúde - também chamado de conselho gestor ou conselho distrital, assim como o conselho municipal de saúde, é formado paritariamente. Tem como área de abrangência o distrito sanitário ou a unidade de saúde (localizada no referido distrito) como referência. Sua atuação não atinge as diretrizes gerais do sistema de saúde, apesar de contribuir na sua definição, atua mais especificamente no acompanhamento das ações das unidades de saúde. Tem uma potencialidade maior no acompanhamento e na fiscalização dessas ações por estar mais próximo do distrito e da unidade de saúde, podendo comunicar-se de forma mais ágil com sua base.

além disso: a descentralização dos serviços de saúde parece ser um dos fundamentos deste modelo de sistema de saúde.

Nos dias atuais, a área de atuação da gestão dos serviços de saúde compreende a equação entre as necessidades e demandas por saúde e as possibilidades de resposta. Isso implica explicar e compreender a dinâmica de necessidades, os valores sociais envolvidos, os interesses, a epidemiologia dos processos saúde/doença e como estão dispostos os recursos para a ação, como alocá-los de modo eficiente, eficaz e efetivo em torno de cada situação problema (Campos, 1992; Junqueira & Inojosa, 1992).

Uma vez assimilada e incorporada uma nova compreensão do conceito de saúde, o campo e a prática da gestão poderão superar os processos das ações na área. Administrar poderia ser expresso por adequadas e eficientes combinações entre recursos físicos, materiais, financeiros e humanos, no sentido do alcance de objetivos pré-definidos socialmente. A ampliação do conceito de saúde possibilita que o setor seja visto como uma área de enfrentamento de necessidades sociais.

A lógica da racionalidade de base, enfaticamente mecanicista, típica da teoria clássica da administração, não dá conta das incertezas, dos conflitos de interesses, da complexidade crescente e da permanente exigência de adaptação no setor saúde. Para Evans (1982), a gerência dos serviços de saúde não pode constituir apenas mais um discurso, e sim uma forma de dotar o serviço público de saúde de alguma racionalidade, de uma lógica que não é dos serviços privados nem da burocracia.

2.2 - Evolução dos modelos gerenciais

A *Teoria das Organizações*, apesar de ter ocupado lugar na produção de conhecimento científico, não conseguiu (acompanhar) explicar a complexidade das organizações. Dussault (1992), remete-se a autores como Morgan (1986) e Mintzberg (1989) e comenta sobre a popularidade do uso de analogias e de inúmeras metáforas que a Teoria das Organizações utiliza para explicar e teorizar, sem sucesso, uma realidade tão complexa, que são as organizações.

Mintzberg estabelece uma tipologia que define *condição de gestão*, baseada em componentes básicos - operadores, centro de decisão, gerentes, especialistas, técnicos e pessoal de apoio. Articulados entre si por representações, esses componentes compõem a cultura da organização. Admite ainda vários mecanismos de coordenação - supervisão direta, padronização dos processos, padronização dos resultados, padronização das qualificações e padronização das normas de comportamento (Mintzberg, apud Dussault, 1992:10).

Como coloca Junqueira & Inojosa (1992) a Escola Clássica de Administração tem trabalhado o tema da gerência, associando-o aos conceitos de planejamento e controle. Mas, no setor público, a Escola repensou suas teorizações face à crescente complexidade das organizações, buscando a necessidade de recontextualização.

Segundo Junqueira & Inojosa (1992), podem ser identificados estilos de gerência que caracterizam determinadas maneiras de conduzir a organização para atingir seus objetivos. Assinalam a existência de dois estilos de gerência, de acordo com o modo em que se utiliza o planejamento, a organização, a liderança e o controle. Identifica o estilo *burocrático* e o estilo *situacional*. No burocrático, cada uma dessas práticas administrativas é mais detalhada, formalizada, diretiva e com controles abrangentes. Na gerência caracterizada pelo estilo situacional, as características das práticas administrativas variam em função das tarefas. O que determina o último estilo é a capacidade do gerente de adaptar-se às necessidades da tarefa da organização.

Para Dussault (1992), impõe-se desenvolver a competência gerencial em três dimensões. Primeiro, em nível do *saber* ou dos conhecimentos, compreendendo as teorias, os conceitos, dados sobre o ambiente que lhe permita entender e enfrentar os problemas, o processo de produção, as organizações. Segundo, em nível do *saber-fazer*, que se expressa pela capacidade pessoal em utilizar conhecimentos para análise de situações, sabendo diagnosticar problemas, definir, difundir e implementar estratégias, organizar o trabalho, gerir o pessoal. E a terceira dimensão, em nível do *saber-ser* ou das atitudes, compreendendo abertura de espírito, sentido ético, empatia e pragmatismo.

Especificamente, no setor saúde, é preciso considerar que o processo de gerenciamento se dá dentro de uma determinada estrutura de poder, e que a democratização dos serviços de saúde tem razões não somente técnicas, mas sobretudo razões políticas. Como complementa Dussault (1992:13), “*as organizações de serviços públicos são mais vulneráveis à interferência política*”.

Acredita-se que a democratização dos serviços públicos de saúde possa levar a melhores condições de saúde da população. Considerando-se a saúde da população como o objetivo estratégico da gerência dos serviços, esse objetivo tem caráter de ordem tanto técnica quanto política.

Dussault (1992:12) refere-se às organizações de saúde enquanto estrutura de disputa de poder por ser “*uma área disputada por atores que têm interesses divergentes: os usuários, (...); os profissionais, (...); as empresas, (...); os seguros; [o setor privado]; e o Governo*”.

À primeira vista pode, parecer redundante frisar esses pontos, mas são características de instituições que trabalham com a saúde da população, e lidam com a vida das pessoas. Isto as diferencia bastante das demais organizações da sociedade.

2.3 - Modelos de gestão no sistema único de saúde

A Secretaria de Assistência à Saúde – SAS - do Ministério da Saúde, desde 1995, em conjunto com as Comissões Intergestores Bipartites, e baseando-se nos dados dos relatórios de cada estado, tem definido Modelos de Gestão da Assistência. O papel do Estado na condução do processo de descentralização é que vem delineando esses modelos.

Considerando-se os temas descentralização e modelo de gestão da assistência em saúde, a SAS apresentou em seu relatório uma distinção entre *Gerência de Unidades* e de *Gestão do Sistema de Saúde*. (BRASIL, 1995).

Na *Gerência de Unidade*, o município assume a gerência e a administração interna das unidades de saúde, sejam ambulatoriais ou hospitalares. Mas não é necessário obrigatoriamente assumir a gestão do sistema municipal de saúde.

Enquanto que, na *Descentralização da Gestão do Sistema*, é transferido para o município: o planejamento de seu próprio sistema de saúde, a sua relação com os prestadores, a definição de teto e metas por prestador da totalidade dos serviços locais, a gerência dos instrumentos técnicos e administrativos de gestão, do Sistema de Informações Ambulatorial - SIA/SUS, e do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS.

Desse modo, foram caracterizados *Modelos de Gestão do Sistema* gerados ou adotados em cada estado, os quais estão relacionados a seguir. Vale assinalar que, em alguns estados, optou-se por fazer uma combinação entre eles.

São cinco tipos de modelos distintos: 1 - Gestão Municipalizada do Sistema com Ênfase na Regionalização; 2 - Gestão Municipalizada do Sistema sem Ênfase na Regionalização; 3 - Gestão Descentralizada do Sistema por Nível de Hierarquia; 4 - Gestão Descentralizada do Sistema por Partilha; 5 - Gestão Centralizada do Sistema.

1. Modelo Municipalizado com Ênfase na Regionalização - com forte participação do estado, em nível regional, assumindo as funções de coordenação da programação integrada. E, em parceria com a Comissão Bipartite, é também o indutor e mediador nos processos de negociação entre os gestores. A presença do estado é bastante marcada através da “avaliação e controle” sobre o sistema municipal.
2. Modelo Municipalizado sem Ênfase na Regionalização (Atomizado) - na função de coordenação, o estado tem pouca participação, gerando o chamado modelo atomizado. O gestor municipal fica solitário na organização do modelo assistencial. A polêmica nesse modelo é que a relação permitida entre um gestor local com prestadores de outro município compromete o comando único em nível local e dificulta a intermediação entre municípios, isso leva a competição entre gestores (BRASIL, 1995).
3. Modelo Descentralizado por Nível de Hierarquia - as unidades públicas de maior complexidade e o sistema de referência regional ficam sob o comando do estado, tendo, portanto, um papel de executor. Já os municípios se responsabilizam pelos serviços ambulatoriais básicos e pelos hospitais de menor complexidade. O modelo é caracterizado pela co-gestão do sistema. Há uma relação de parceria entre o estado e os municípios, por nível hierarquia.
4. Modelo Descentralizado por Partilha - o Estado gerencia várias unidades e é gestor de parte do sistema. A divisão se dá por partilha dos serviços, conforme interesses específicos. Não há uma gestão organizada do sistema, mas uma divisão na gerência de serviços. O estado tem um papel forte, centralizando a programação. O município não avança como gestor do sistema, apenas como prestador público.
5. Modelo Centralizado - neste modelo, mesmo havendo a descentralização da gerência de unidades, o município é apenas um dos prestadores. A gestão do sistema é mantida sob o comando do Estado, que centraliza a programação, feita por prestador. Como o município

não é gestor do sistema, não acontece a definição de tetos financeiros por municípios. O estado concentra o comando único do sistema.

A Norma Operacional Básica 01/96 mantém, na sua introdução, uma parte descritiva, tentando deixar bem claras as competências de cada esfera de governo, os mecanismos gerenciais e as sistemáticas de remuneração e informações que operacionalizem os princípios e diretrizes do SUS.

É possível inferir que a gestão descentralizada dos serviços de saúde, autônoma, transparente e participativa demanda o perfil de gestor que reúna alguns predicados que, no seu conjunto, permita, através das suas atitudes, o cumprimento do seu papel que articulando com os demais sujeitos, torne possível a experiência da gestão descentralizada de fato.

3 – Sobre o conceito de participação e a participação em saúde

A Carta Magna do Brasil e a Lei 8.142/90 garantem a participação da comunidade na gestão do SUS. Desde suas respectivas promulgação e aprovação, vários estudos e reflexões teóricas têm sido realizados, tanto no meio acadêmico como no interior das instituições públicas que prestam serviços de saúde. A intenção de discussão sobre o tema é permitir uma incursão em torno do conceito de participação sob o enfoque comunitário, popular e social, estabelecendo uma “ponte” entre este último enfoque e o controle social na saúde.

A participação da “comunidade” na gestão do sistema de saúde brasileiro é garantida legalmente através de duas instâncias colegiadas, as Conferências e os Conselhos de Saúde (nas três esferas de governo). A participação dos usuários dos serviços públicos de saúde é assegurada na legislação através de representação paritária nos Conselhos de Saúde em nível nacional, federal e municipal. A paridade é assegurada pela composição do Conselho, em que a metade dos membros, deve ser formada por representações de usuários dos serviços de saúde, e a outra metade, pelo governo, sendo que os 25%, do último grupo devem ser formados por representantes do governo e por representantes dos prestadores de

serviços de saúde públicos e privados; e 25% por representantes dos trabalhadores da saúde (Brasil, 1990). Se por um lado, a estrutura legal favorece positivamente aos usuários, por outro, também resguarda ao setor privado o seu lugar nas instâncias deliberativas.

Participação Comunitária

Para discutir participação comunitária, é interessante comungar com o entendimento sobre comunidade.

Souza (1999) referencia vários autores que conceituam comunidade de forma diversa e conforme o contexto histórico em que se desenvolvem. Lembra de organizações que viveram em Atenas, nos séculos V e IV antes de Cristo, e na Grécia nos séculos VII e VI antes de Cristo, as quais possuíam interesses coletivos.

A polis foi lugar onde o homem chegava a ser ele mesmo. Assim, para os gregos, muito mais do que o lugar do trabalho, isto é, da produção, a polis foi o âmbito de encontro interpessoal, do diálogo e das celebrações... Ela pode estar referida tanto à vida comunitária em termos políticos, culturais e morais como econômicos” (grifo dos autores) (Kalina e Kovadloff, apud Souza, 1999: 60).

Sobre o século XX, essa autora diz que, com a revolução-urbano-industrial, o fenômeno comunidade vem à tona. As relações sociais se estabelecem na lógica de reprodução industrial do capital, e os antigos preceitos de comunidade se modificam. Agrupando alguns autores na concepção que ela chama de tradicional, aqui se coloca a definição dada por MacIver, que comunidade seja uma “*área geográfica de vida comum – aldeia, cidade, distrito, comarca e áreas maiores*” (MacIver, apud Souza, 1999:62).

Carvalho (1994:18) refere-se à comunidade por possuir uma conceituação que se generaliza por ter uma origem funcionalista, e define como

(...) um agrupamento de pessoas que coabitam no mesmo ‘meio ambiente’, ou seja, compartilham o que se poderia chamar de ‘condições ecológicas’ de existência, independentemente dos fatores estruturais ou conjunturais que lhes dão origem. A comunidade é assim definida como social e culturalmente homogênea, o que lhe confere cria uma identidade própria e uma suposta predisposição à solidariedade, ao sentido coletivo e, por que não, ao trabalho voluntário de auto ajuda.

No campo da saúde, a idéia de medicina comunitária²⁰ propôs envolver a população para o cumprimento

(...) de um papel minimamente ativo e consciente no esforço de busca da saúde pública. A medicina comunitária já buscava o rompimento da concepção da saúde/doença focada na higienização buscando entender esta relação (saúde/doença) na inter-relação do homem com o meio ambiente e seus aspectos culturais e sociais (Carvalho, 1994:15-16).

Demo (1999:84) esclarece que comunidade é algo mais restrito que sociedade, seria “*(...) um grupo pequeno, localizado, dito primário, ou seja, de conhecimento mútuo face a face, onde se exerce um estilo participativo de poder*”. Reforça seu entendimento sobre o termo comunidade dando uma conotação política, dizendo o seguinte

(...) entendemos por comunidade um grupo social espacialmente localizado, de dimensão populacional restrita, relativamente homogêneo e organizado, e politicamente consciente. (Demo, 1999: 87).

Esclarece, ainda, que a conscientização política em geral é apenas um potencial; quanto à localização pode ser urbana ou rural.

No trabalho de Dias (1980), a Organização Mundial de Saúde - OMS, assem afirma:

La Participación da la comunidad es ‘um processo necesario en si mismo, es decir, las formas y el ejercicio dela participación tienen valor propio en la medida em sierven para desarrollar das relaciones y consolidar el grupo social (OPAS/OMS, apud Dias, 1980: 76)

Diante do exposto, pode-se dizer que a participação comunitária incide no estreitamento das relações entre membros de um determinado agrupamento de pessoas, com a finalidade de atender interesses comuns, buscando melhorias imediatas às suas necessidades. A participação comunitária tem intrínseca a idéia de solidariedade, sem necessariamente manifestar um caráter reivindicativo.

²⁰ A idéia de medicina comunitária surge nos anos cinquenta sob influência da proposta de desenvolvimento de comunidade, oriunda de instituições americanas no contexto da guerra fria. (Carvalho, 1994).

Participação Popular

A participação no enfoque popular traz a “idéia” de uma maior abrangência dos seus sujeitos. Se participação comunitária diz respeito à participação da comunidade, participação popular diria respeito à participação do *povo*. Carvalho (1994:23) define *povo* como sendo “(...) *a parcela da população excluída ou subalternizada no seu acesso a bens e serviços*”. A categoria participação popular parece ter como sujeitos grupos (ou classes) populares²¹ organizados, tais como as associações de bairro e os grupos com interesses setoriais (lazer, esporte e outros).

No setor saúde, o debate em torno da medicina comunitária, no início da década de 80, leva à reflexão de que a amplitude da participação deve ir além do serviço de saúde para alcançar “(...) *o conjunto da sociedade e do Estado*” (Carvalho, 1994: 24).

Carvalho (1994:25) coloca que²²

Se para a medicina comunitária a participação tinha um caráter instrumental em relação a objetivos técnico-sanitários, aqui é a saúde e as práticas sanitárias que passam a ser instrumentais em relação a objetivos políticos. Seja na linha da chamada ‘pedagogia popular’, em que a participação é vista como um fim em si mesmo, seja na linha da organização popular voltada para o enfrentamento com o Estado.

Não interessava mais apenas estar próximo da comunidade e estabelecer uma relação de troca de experiências e saberes. Fez-se necessário ultrapassar a participação nas ações, ser cúmplice na execução de tarefas. A participação, agora com o caráter de popular, deixa de ter objetivo nela mesma para ser “*instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde*” (Carvalho, 1994: 26).

²¹ Não é propósito deste trabalho discutir as incertezas teóricas em torno da categoria movimento social. Como o assunto tratado é participação em alguns enfoques distintos, inclusive o da participação popular, vale rever o que Sader (1988) traz como contribuição para este debate dizendo que “(...) *as classes populares se organizam numa extrema variedade de planos, segundo o lugar de trabalho ou de moradia, segundo algum problema específico que as motiva ou segundo algum princípio comunitário que as agrega. Em cada forma de organização se manifesta a obsessiva preocupação com a própria autonomia. Suas formas de expressão são as mais variadas, mas privilegiam as ‘ações diretas’, através das quais manifestam suas vontades. Por tudo isso são muito intermitentes, mutáveis, ágeis, tanto quanto instáveis*”. (Sader, apud Cavalcante, 1998: 33).

²² Neste trecho Carvalho (1994), cita os seguintes trabalhos: CARVALHO, Antonio. Saúde e Educação de base: algumas notas. *Saúde em Debate*, 1979. COSTA, N. R. Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da Reforma sanitária. In: Costa, N. R. et al. (org.). *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes, 1989.

Sabe-se que, dentre as primeiras experiências de interlocução dos movimentos populares com o estado, acontecidos na segunda metade da década de 70, destacam-se os Conselhos Populares na Zona Leste de São Paulo²³. A experiência contou com a presença de agentes como a Igreja Católica e um grupo de médicos sanitaristas (Sader, 1988; Conill, Bravo & Coelho, 1995; Correia, 1997).

Conill, Bravo & Coelho (1995:106), na classificação que fazem dos movimentos urbanos, à luz de Manuel Castells e de Jordi Borja, sobre os movimentos populares urbanos, colocam que tais autores sugerem que

(...) o conceito de movimento popular urbano para movimentos das classes populares que, partindo das reivindicações urbanas, alcançam um nível de generalidade de objetivos e de potencialidade política que modifica as relações de poder entre as classes.

No Brasil, foram observados o pensamento e experiências da participação popular em oposição ao poder hegemônico do regime autoritário (Conill, Bravo & Coelho, 1995: 107).

Sposati (1992:371) refere-se à participação popular e faz algumas distinções. Aponta três vias de participação popular na gestão dos serviços públicos. Indica, como via tradicional, os mecanismos formais de democracia representativa - espaços ocupados pelos governantes e parlamentares; a via jurídica - em que se julga a aplicação das leis -, e a via da democracia participativa e democracia direta - em que as diversas organizações sociais exercem o controle e a fiscalização das ações do Executivo, nas três esferas de poder. Comenta que esta última via vem proporcionando a reflexão a cerca de um “quarto poder”: o poder popular na ação de governo e de gestão.

Adiante será visto que, com o processo de democratização do país, colocam-se novas questões de enfrentamento da sociedade perante o estado.

²³ Os conselhos Populares da Zona Leste de São Paulo tiveram seus primeiros impulsos em meados da década de 70, unificando-se a movimentos de saúde em 1976. “Este movimento inicia-se na época em que a periferia paulista sente os efeitos do descaso com o setor saúde, paralelo ao rápido crescimento. É a partir da gestão Adi Janete (1978-82) que ele ganha força, é enfim reconhecido como interlocutor que representa os movimentos populares e o Estado reage investindo na expansão da rede de atendimento básico” (Correia, 1997: 44).

Participação Social e Participação em Saúde

No período de democratização no Brasil, o cenário político nas relações Estado/sociedade contou com novos personagens, atores políticos opositoristas. A concepção em processos participativos passou a ter a conotação de participação social.

A categoria central deixa de ser a comunidade ou o povo e passa a ser a sociedade. a participação pretendida não é mais a de grupos excluídos por disfunção do sistema (comunidades), nem a de grupos excluídos pela lógica do sistema (povo marginalizado), e sim a do conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal (grifos do autor) (Carvalho, 1994: 28).

A participação social como categoria teórica tem base como base a cidadania em lugar da “demagogia comunitária” e/ou da pedagogia popular. O Estado é visto na concepção descrita no item deste trabalho, ou seja, é lugar de conflito político, lugar de confronto entre interesses sociais distintos.

Carvalho (1994) lembra que, nos anos 80, assistiu-se a experiências de participação social nas AIS – Ações Integradas de Saúde, que recebeu uma conotação institucionalizada.

Para Cavalcante (1998:19) “*A essência da participação social consiste na possibilidade dos sujeitos intervirem efetivamente na gestão através da definição de uma agenda pública de prioridades referenciada nas demandas do conjunto da sociedade*”. Segundo a autora, para que isto ocorra, é importante contar com uma gestão democrática que incorpore a participação social na “*(...) dimensão da dinâmica administrativa, (...) devendo garantir a participação de todos os indivíduos enquanto cidadãos portadores de direito*”.

Como argumenta Faleiros (1992:271), as

(...) forças sociais não se definem por uma relação direta e unívoca entre classe e organização, mas por mediações complexas como os movimentos sociais, os Lobbies, os partidos, os sindicatos, as frentes comuns, os blocos regionais, os “anéis”, as associações Profissionais (...).

acrescenta-se a estas “mediações complexas”, o segmento dos usuários representados nos Conselhos de Saúde. O segmento de usuários poderá, ainda, ter como aliados as representações dos trabalhadores da saúde.

Apesar da Lei Federal 8.142, de dezembro de 1990, garantir a participação dos usuários dos serviços nas deliberações na área de saúde, o processo de utilização desses espaços apresenta-se com caracterização bastante distinta em diferentes municípios brasileiros. Mesmo com o respaldo da legislação, ficaram evidentes a dificuldade e o acirramento travados entre a “sociedade civil” organizada e o poder local, nos processos de formação e de funcionamento dos Conselhos de Saúde, principalmente com relação à garantia da composição paritária (Carvalho, 1994).

Testa se refere à participação como “*uma maneira de deslocar as responsabilidades crescentes do estado moderno em direção aos cidadãos*” (Testa, apud Spinelli, 1988:19). Apresenta também considerações em torno da participação popular, concebendo-a sob dois aspectos;

como um processo nascido desde o conhecimento das necessidades sofridas e sentidas pela população, junto com o convencimento de que a ação grupal pode superar os problemas que a ação individual não pode resolver, [ou seja enquanto] uma proposta ou projeto organizativo de alguma autoridade tendente a resolver as necessidades assinaladas”.

Para Spinelli, Matus não explicita suas preocupações acerca da participação, mas o próprio planejamento situacional trás consigo princípios de participação. Entende a participação como uma

intervenção direta da população nas atividades e decisões nos diversos âmbitos da vida social (...), [no] âmbito da saúde foram definidos vários níveis de participação, dos quais podem ser mencionados pelo menos três: as tarefas, a geração de informação, as decisões. (...) a proposta participativa no terreno da saúde (...) quebra alguma coisa que, tradicionalmente, tem sido custodiada pelo pessoal de saúde: o limite que separa o interno ao setor do que está fora dele. A proposta participativa não é só uma proposta de redistribuição de poder, mas também introduz a sociedade na estrutura de poder do setor (Matus, apud Spinelli, 1988:21).

Certamente a custódia à qual Matus se refere esteja relacionada às informações técnicas que dão ao “pessoal da saúde” um respaldo nas suas opiniões, fazendo calar outros sujeitos. Essa discussão é retomada neste trabalho, no momento da discussão empírica.

Segundo Spinelli (1988), tanto Testa quanto Matus situam suas formulações num arcabouço teórico metodológico que perpassa por uma proposta política de mudança social, aqui se resgataram seus posicionamentos para contribuir no debate acerca da participação.

Dias (1980:76), conceitua participação como sendo

um processo essencialmente educativo que se inicia desde a atização do fato, desde a conscientização da realidade a ser mudada (...), tornar parte na produção, na gestão e no usufruto caracterizam o processo participativo (...).

E acrescenta, discutindo o caráter contraditório de participação:

Não podemos ser ingênuos e não perceber que a participação é uma tentativa de o Estado diminuir custos, controlar mais a população e talvez dividir as responsabilidades do fracasso de um sistema (Dias, 1980:78).

Enquanto que Valla (1993:13) opta por definir participação social como situação que “(...) compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolveram para poderem influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas na área social” (grifo nosso).

Em se tratando da relação Estado/Sociedade civil organizada, os espaços da participação trazem, no seu cerne, a contradição entre interesses do “povo” e interesses de um segmento da sociedade representado pelo Estado. Acredita-se que as organizações não governamentais não devem optar pela postura em não ocupar tais espaços, contraditórios, institucionalizados, instituídos pelo próprio Estado; mesmo que institucionalizados e até sendo considerados como espaços burocráticos. Acredita-se, ainda, que a opção “não ocupar” reflete um retrocesso na luta pela democratização da sociedade.

Como diz Valla (1993:16),

Apesar desses riscos e contradições, os espaços institucionais de participação popular na saúde não deixou de representar um potencial de interferência quer no nível decisório dos Conselhos Municipais/Estaduais de Saúde, quer no nível das próprias unidades locais prestadoras de serviços (grifo nosso).

Observa-se que a ocupação dos canais institucionais de participação, entre outras coisas, pode influenciar na concretização das garantias constitucionais. Os Conselhos de Saúde são instrumentos de controle social, com participação no planejamento, na definição da política de saúde local, na definição de aplicação e fiscalização de recursos e no acompanhamento da garantia do acesso (universalizado) da população aos serviços. Constitui uma força de interferência no poder decisório (Cavalcante, 1998; Conill, Bravo & Coelho, 1995; Gerschman, 1995).

4 - A categoria poder enquanto força política coletiva em saúde

Alguns estudos mostram que o poder político nos Conselhos Municipais de Saúde é geralmente exercido hegemonicamente pelos secretários municipais de saúde, os quais possuem domínio econômico, intelectual, moral e cultural (Carvalho, 1994).

Na revisão bibliográfica, encontramos autores que tratam sobre o tema “poder” com abordagens distintas. Foucault (1979), coloca que o poder está em toda parte, em qualquer “*micro estrutura*” da sociedade. Ele afirma que o poder se reproduz no interior das instituições, e que nelas se encontram micro poderes.

Testa (1992 e 1995), em suas formulações sobre o processo de planejamento em saúde, situa o *poder* como categoria analítica. O autor, representante do pensamento estratégico em saúde, distingue o poder em três tipos principais: técnico, administrativo e político. No setor saúde, o poder administrativo expressa-se, por exemplo, com mais intensidade, relacionada com o financiamento, distribuição e operacionalização orçamentária. Em saúde, o poder técnico não é difícil de ser identificado. Uma de suas expressões mais características está na linguagem, na utilização das informações médicas e sanitárias. O poder político é praticado como dominação ou hegemonia e relaciona-se com o *saber*.

Faz as seguintes definições:

Entende-se por poder técnico a capacidade de gerar, aprovar, manipular informação de características distintas. Poder administrativo é a capacidade de apropriar-se de, e de alocar recursos. Poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais que demandam ou reclamam suas necessidades ou interesses (Testa, 1992:94).

Para este estudo, no capítulo que se segue, é feita uma tentativa de assinalar quem exerce esses tipos de poder, e como esse exercício se traduz.

Sobre o poder técnico, relacionado à informação, Testa (1996) identifica as informações médicas, sanitária, administrativa e teórica. Acredita-se que, pela sua composição legal, orientada nos documentos legais, o poder técnico nos conselhos de saúde parece concentrar-se no segmento do governo por ter capacidade potencial de possuir informações médicas, sanitárias, administrativa e teóricas.

O poder administrativo, relacionado aos recursos financeiros, perpassa pelas eficácia e eficiência de âmbito administrativo e de âmbito político, traduzindo-se na influência

do grupo que decide sobre outros grupos. A satisfação desses grupos em relação ao que foi decidido vai influir, por sua vez, no relacionamento entre os dois grupos, seja entre instituições, seja entre pessoas (Testa, 1996).

O terceiro tipo de poder, o poder político, Testa (1996:101-103) define como “*a capacidade de desencadear uma mobilização*” de grupos sociais. A essa capacidade o autor agrega o saber e a prática, em síntese, a ideologia. O poder político pode expressar-se de duas maneiras, como dominação ou como hegemonia.

A participação social em saúde, analisada anteriormente, na sua práxis, incorpora, em certa medida, os três tipos de poder apresentados por Mario Testa. Principalmente na atual conjuntura, tendo os conselhos de saúde como um canal para que se efetive essa participação. Os conselhos de saúde em si já se caracterizam como *locus* de poder. Pessoas, representações ou grupos sociais, prestadores, usuários, trabalhadores e gestores, têm potencial de menor ou maior grau condicionado por possuírem alguns elementos, como informação - técnica, teórica ou cultural, domínio sobre os recursos e dominação e hegemonia. Enfim, a categoria poder se manifesta em uma ação concreta, prescindindo do uso de instrumentos ou de recursos (Testa, 1995 e 1996).

Em síntese, o poder é definido “*(...) como uma capacidade - de manipulação de recursos (no sentido econômico do termo), informação, interesses - nas mãos de algumas pessoas, grupo social, instituição*” (Testa, 1995:38).

5 - Controle social no SUS

Referenciando o Controle Social na trajetória histórica das reivindicações por melhores condições de sobrevivência, Sposati (1992:366) comenta que

o controle social é, na história de democratização das políticas de saúde, um dos campos que construiu visibilidade aos movimentos de saúde, quer pela denúncia das 'ausências e omissões' dos serviços instalados, que pela luta em construir um espaço regular para o exercício do controle nos serviços e nas burocracias da gestão da saúde.

A tendência da organização social em busca de serviços públicos de saúde de qualidade não é tão recente como a primeira vista parece ser. No capítulo I deste trabalho, fez-se referência ao quadro da saúde pública brasileira, com alguns apontamentos desde a década de 20.

Viu-se a presença do movimento sanitário no Brasil na década de 70, mas, somente na década de 80, constituiu uma força política da população, extrapolando o caráter meramente reivindicativo. Sua proposta de participação no setor saúde consolidou-se nos *Conselhos de Saúde*, uma instância legal de regulação e controle, com poder fiscalizado e de deliberação quanto aos serviços e a política de saúde, ficando os gestores, nas três esferas de poder, subordinados a esses conselhos quanto ao rumo da política de saúde.

Sposati (1992:370) continua a discussão sobre a participação em saúde enquanto direito do cidadão, dizendo que “*as leis são instrumentos de luta e não só dispositivos formais. Temos que dominá-las para podemos ter mais municio na ‘batalha da saúde’*”.

Como disse Dias (1980), remete-se aqui a sua observação para o ponto chave deste trabalho. Fica suposto que as organizações grupais, de comunidade, popular e social, através dos Conselhos de Saúde, dividem, em parte, as responsabilidades de como estão sendo ofertadas os serviços de saúde com o Estado, no espaço de abrangência de sua atuação. Isso é um risco que os Conselhos de Saúde podem correr se não tiverem claro o seu papel e forem absorvidos como instância co-responsável pelo modo como é tratada a organização dos sistemas locais de saúde, fugindo do eixo de controle social e gerando mais um campo de burocratização (Wendhausen, 1999). A perspectiva de controle social é a de não assumir responsabilidades ditas do Estado. Mas a de denunciar falhas, exigir serviços de qualidade dentro de uma política de saúde adequada à realidade local. Fiscalizar a destinação dos recursos e como estão sendo operacionalizados os serviços. E sobretudo definir o que fazer, decidir sobre o norte da política de saúde (Sposati, 1992; Ramos, 1996).

Os *Conselhos de Saúde* são instrumentos de controle social, com participação no planejamento, definição da política de saúde local, definição de aplicação e fiscalização de recursos e acompanhamento de garantia do acesso da população aos serviços (Brasil, 1993 e 1994).

Para a análise sobre conselho de saúde feita neste trabalho, foram nomeadas algumas as seguintes variáveis categóricas: permeabilidade, articulação, visibilidade representatividade e efetividade.

Em pesquisa realizada pelo *Ministério da Saúde*, a utilização destas variáveis foi divulgada no documento que apresenta os resultados dessa pesquisa (Brasil, 1995). Foram encontradas referências também em Carvalho (1994), Conill, Bravo & Coelho (1995) e em UFAL & SES/AL (1998). Na pesquisa divulgada pelo NUSP/UFAL e IEC-SES/AL, realizada em conjunto com o Ministério da Saúde, foi identificada a definição conceitual dessas variáveis. O documento define o termo articulação como “*capacidade de se relacionar com entidades/instituições da sociedade civil e outras áreas do setor público em geral e do setor saúde em particular*”. Sobre a visibilidade, diz que é a “*capacidade de tornar públicas e visíveis suas atividades*”. A permeabilidade é definida como a “*capacidade de detectar e acatar demandas dos diversos segmentos sociais e políticos nos diversos níveis de explicitação*”. A efetividade é citada como sendo a “*capacidade de influir concretamente nas decisões e ações governamentais*” (UFAL & SES/AL, 1998:07).

O agrupamento dos dados e a sua interpretação, constantes no capítulo a seguir, tomam por base essas variáveis categóricas, cuja análise é feita à luz do quadro teórico apresentado e da contextualização histórica do sistema de saúde brasileiro.

Capítulo III

O Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo: Um espaço de participação no controle do SUS

O estudo empírico deste trabalho é tratado neste capítulo, no qual são apresentados e discutidos os dados coletados. Embora a coleta de dados tenha favorecido a construção de um banco de informações amplo, seguindo as orientações de Minayo (1992) e de Contandriopoulos (1997), os dados foram mapeados filtrando-se as informações pertinentes aos objetivos delimitados para este estudo, constituindo um novo banco de dados.

O capítulo foi dividido em três (03) partes. A parte inicial apresenta o universo da pesquisa, o Município de Rio Largo, ilustrando a sua caracterização nos aspectos econômicos, sociais epidemiológicos e suas organizações sociais. A segunda parte trata do processo de descentralização dos serviços de saúde no município, delineando a sua política de saúde, a sua organização e sua estrutura de serviços. A terceira parte refere-se ao Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo, apresentando seu processo de criação, os aspectos legais e organizativos, apresenta e discute os dados da pesquisa a partir das variáveis de análise.

1 - Caracterização do Município de Rio Largo – aspectos econômicos, sociais e epidemiológicos

O local onde se desenvolveu a experiência de participação em saúde, que é analisada, é adiante apresentado com alguns traços que, de certa forma, o contextualiza.

O Município de Rio Largo localiza-se na Zona da Mata Alagoana, às margens do Rio Mundaú, mais precisamente na microregião de Maceió. A distância entre Rio Largo e a capital do estado é de cerca de 35 Km. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística – IBGE (1992), sua população era de 55.251 habitantes, sendo 16.637 (30,11%) na zona urbana e 38.615 (69,89 %) na zona rural. A população feminina chega aos 50,2% (27.737), e a masculina, 49,8% (27.515) da população total²⁴. A distribuição da população expressa uma maior concentração humana na zona rural, característica comum nos municípios alagoanos. Ressalte-se que, em Rio Largo, algumas localidades próximas à cidade, com características de área periférica, são consideradas pelos institutos de pesquisa como zona rural. A área territorial é 213 Km², que classifica o município em 47^o lugar em extensão territorial no Estado de Alagoas, e que lhe confere uma densidade demográfica²⁵ de 273 habitantes/Km². (Rio Largo, 1997).

As características climáticas apresentam temperaturas máximas de 33^o e mínimas de 17^o. O inverno é caracterizado pelo período de chuva, causando graves problemas, tais como as enchentes que marcaram a história de vida da população do núcleo urbano, principalmente na localidade de Gustavo Paiva²⁶. A paisagem urbana é caracterizada pela queda de água do Rio Mundaú, antigos casarios e ruínas de fábricas do período da indústria têxtil, contando ainda com estações da estrada de ferro²⁷. O principal atrativo natural é a Lagoa Mundaú (formada pelos rios Mundaú e dos Remédios) que, para uma parcela da população, é vista como fonte de subsistência pela sua disponibilidade de peixes, moluscos e crustáceos em geral, destacando-se o sururu²⁸.

Traços históricos e culturais de Rio Largo - Alagoas

Teve início com a Vila Operária de Cachoeira, que crescia nos arredores de uma fábrica de tecidos, no início do período de industrialização nacional. Os produtos manufaturados naquele lugar chegavam até consumidores europeus, que, os premiavam em algumas. Surge o cinema do operário, cuja estrutura física ainda pode ser vista. Enfim, o operariado “usufruí” de uma infra-estrutura de serviços básicos. Há 85 anos, o lugarejo

²⁴ IBGE – 1992.

²⁵ Rio Largo, 1997, apresenta esta informação de densidade demográfica por referir-se a população estimada para 1996, que foi de 58.144 habitantes.

²⁶ Popularmente mais conhecida como Cachoeira.

²⁷ Ainda em funcionamento para o transporte de passageiros.

²⁸ Atribui-se ao Sururu ser um dos principais vetores do vibrião colérico.

Cachoeira recebe o nome de Rio Largo e instala-se a sede do município com duas fábricas de tecidos (*Cachoeira* e *Progresso*) e duas usinas de açúcar. Nas atividades de cultura e lazer, incluíam-se campeonatos esportivos, poesia, música, cassinos, dentre outras. De arquitetura barroca, o Ginásio Municipal Judith Paiva, ainda em funcionamento, fazia com que Rio Largo se destacasse dos demais municípios circunvizinhos no campo da Educação. Contou com uma usina geradora de energia elétrica, a *G-1*, citada pelos munícipes com saudosismo. (*Gazeta de Alagoas*, 16/07/94).

Hoje, essa característica de cidade industrializada não é mais marcante. Não é pretensão estender o estudo sobre o fechamento das fábricas de tecidos, provocado com a compra delas pela concorrente inglesa, episódio que marcou a história de Rio Largo e de outros municípios alagoanos²⁹.

Um dos entrevistados, nesta pesquisa, vai ao jornal contestar:

Rio Largo conheceu a falência de seus meios produtivos, com conseqüências lamentáveis para a vida social da cidade. O índice de prostituição entre adolescentes passou a ser alarmante, mães solteiras (...) fuga da juventude [e da população economicamente ativa] (...) deixando para trás um município em meio a ruínas de seu glorioso passado (...) (*Gazeta de Alagoas*, 16/07/94).

Atualmente, apesar de estar compreendida entre as maiores cidades do Estado de Alagoas em tamanho populacional, Rio Largo apresenta pouca disponibilidade de serviços necessários a sua concentração humana, quando comparada a outros núcleos urbanos. A sua proximidade com Maceió, para onde converge parte da população, à procura de bens e serviços mais especializados, inclusive serviços de saúde públicos e privados, provavelmente contribui para isso.

A população rio-larguense sobrevive economicamente apoiada na monocultura da cana-de-açúcar. Conta com a agroindústria sucro-alcooleira, possuindo três (03) Unidades de Produção instaladas, sendo duas (02) em funcionamento (Usina Utinga Leão e Usina Santa Clotilde), que absorve uma parcela da população ativa do município e de seus arredores, na sua maioria composta por trabalhadores do sexo masculino. O município possui mais oitenta (80) pequenas unidades de produção, tendo como principais ramos os produtos alimentícios, mobiliário, metalúrgica, gráfica, vestuário, calçados, borracha e outros. (Rio Largo, 1997a).

²⁹ Destaca-se o município de Delmiro Gouveia onde os trabalhadores reagiram, pelo direito ao trabalho, contra o fechamento da fábrica pelos Ingleses.

Na área da Educação, a rede conta com 52 unidades de ensino, somando-se escolas públicas municipais e estaduais e escolas particulares. As escolas do município atendem à maioria da população estudantil com idade entre 7 a 24 anos. As escolas privadas abrangem, na sua maior parte, a educação infantil. Segundo informações do documento Rio Largo (1997a), o município apresenta um índice de analfabetismo de 42%. No Estado de Alagoas, o número de analfabetos atinge um percentual em torno de 51,49% da população total³⁰. Apesar de o município não dispor de escolas de ensino superior, a proximidade com Maceió facilita o acesso. A instituição de ensino superior pública federal do estado dista em torno de 10 Km de Rio Largo, uma distância menor do que entre essa Universidade e o centro de Maceió. Isso também foi ponto favorável para o deslocamento de consultores do Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Alagoas - NUSP/UFAL - para assessoramento ao município no tocante ao processo de descentralização do sistema de saúde.

As condições de abastecimento de água são insuficientes. 65,5% das residências são interligadas ao sistema de abastecimento mantido pela Companhia de Abastecimento e Saneamento do Estado de Alagoas - CASAL, ficando fora da rede 30,5 % dos domicílios (Rio Largo, 1997a).

As principais deficiências de infra-estrutura de serviços que influem na situação de saúde da população são as precariedades do saneamento básico e o destino final do lixo. Os dejetos são lançados nos rios pela rede de esgoto, sem qualquer tratamento. O déficit de esgoto é de 40% (Rio Largo, 1997a). O destino final do lixo foi pauta de discussão no Conselho Municipal de Saúde, motivo de inúmeras denúncias com poucas providências. (Ata de Reunião Ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 07/06/94).

Epidemiologicamente, Rio Largo não difere, de forma muito marcada, da maioria dos municípios do Estado de Alagoas. As doenças transmissíveis e as deficiências nutricionais são as principais causas de morbi-mortalidade, embora já apareça também um alto índice de doenças cardiovasculares. É um município endêmico de Esquistossomose.

Segundo dados da Coordenação de Estatística e Informação - CEIN, da Secretária Estadual de Saúde, os indicadores de saúde do ano de 1994 revelam um coeficiente de natalidade de 19,17/1000 hab., coeficiente de mortalidade geral de 8,68/1000 hab., coeficiente de mortalidade infantil de 133/1000 N.V. e índice de Swarrop-Uemura de 42,11%.

³⁰ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Censo Escolar*. Maceió, 1995, mimeo (apud SILVA & MOURA, 1997:32).

No Plano Plurianual de Rio Largo –AL³¹, embora possa parecer surpreendente, os indicadores mudam. Neste documento, para o período de 1997 a 2000, a tabela II apresenta os seguintes indicadores de saúde: a) Mortalidade geral – 8,68/1000 habitantes em 1990, 6,42/1000 habitantes em 1992, e 6,43/1000 habitantes em 1995; b) Mortalidade infantil – 113,37/1000 N.V. em 1990, 46,39/1000 N.V. em 1992, e 20,58/1000 N.V. no ano de 1995. No Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais³², as principais causas de mortalidade infantil estão relacionadas às doenças do aparelho respiratório, infecciosas, transmissíveis e parasitárias. Quanto ao peso das crianças que nascem no município, 6,43% apresentam baixo peso ao nascer. Os dados mais recentes, encontrados na pesquisa documental, são referentes ao ano de 1998³³. No ano de 1998, observa-se uma queda no coeficiente de mortalidade geral para 5,79/1000 habitantes e um aumento no coeficiente de mortalidade infantil para 26,16/1000 N.V.

No entanto, os dados epidemiológicos são questionáveis, sobretudo quanto à mortalidade infantil. Observando a discrepância desses dados com os fornecidos por CEINSES/AL (acima), atribui-se a pouca capacidade operacional dos serviços de informação das instituições. O Plano Plurianual de Rio Largo (AL), referindo-se à queda dos coeficientes, dos indicadores de saúde, do período de 1990 a 1995, admite que a tendência decrescente nos dados epidemiológicos não retrata a realidade local, visto que

isto vem ocorrendo devido à omissão de registro quer seja por deficiência na organização do serviço ou devido à falta de conscientização da importância do mesmo e pelo baixo poder aquisitivo da população (Rio Largo, 1997a).

Em 1992, foram constatados 174 casos de Cólera, número que diminuiu gradativamente para 139, em 1993, e 102, durante o ano de 1994. Houve uma queda de 20,1% e de 26,6%, respectivamente, de um ano para outro. A partir de 1993 e durante todo o período do ano de 1994, foi realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Rio Largo – SMSRL - um trabalho intensivo de educação em saúde, abordando a questão da Cólera. O trabalho contou com a cooperação técnica da Fundação Nacional de Saúde - FNS. A Secretaria Municipal de Educação participou como órgão colaborador e, em alguns momentos, contou-se com o envolvimento da Coordenadoria Regional de Educação – órgão da Secretaria Estadual de Educação. Para atingir as famílias foi definida, como estratégia, a mobilização

³¹ Rio Largo, 1997a.

³² Rio Largo, 1998b.

³³ Rio Largo, 1999.

através das crianças e adolescentes da rede oficial de ensino, professores municipais e estaduais foram considerados agentes multiplicadores. Nessa atividade, houve um envolvimento da comunidade, impulsionado pelo Conselho Municipal de Saúde. Em 1996, apenas 3 (três) notificações da doença foram registradas. É possível que esse trabalho, dentre outros, tenha influenciado, de maneira indireta, na diminuição da mortalidade infantil.

O Conselho Municipal de Saúde participou de todas as etapas desse trabalho, tais como: a) Identificação do problema, b) definição de prioridades, c) planejamento, d) sensibilização e envolvimento de outros órgãos e entidades, e) execução e avaliação da proposta.

Algumas formas de organização social em Rio Largo

O poder executivo municipal é estruturado em oito (08) secretarias municipais (Saúde, Educação, Ação Social, Cultura e Desportos, Transportes e Obras, Administração, Finanças, Tributos), o Gabinete Civil e o Sistema Municipal de Empregos – SIME. O poder legislativo conta com dezessete (17) vereadores.

Possui uma diversidade de tipos de organizações sociais, de cunho sindical, assistencial, beneficente, religioso e político. Rio Largo não expressa qualquer tipo de tradição folclórica que o caracterize, ao contrário do que acontece na maioria dos municípios alagoanos. A tradição religiosa divide-se principalmente entre a católica e a evangélica, segundo dados de Rio Largo (1997a), o município possui dez (10) templos evangélicos, sendo cinco (5) deles da Assembléia de Deus, enquanto que a Igreja Católica conta com dois (2) templos católicos e seis (6) capelas.

Dentre as formas de organização social, a questão sindical merece destaque. No período de criação do Conselho Municipal de Saúde – CMS – ocorrem paralelamente os primeiros ensaios de organização sindical dos trabalhadores da saúde em Rio Largo. Embalados com o clima dos debates do processo de escolha dos trabalhadores de saúde que vieram representar estes profissionais na primeira gestão do Conselho Municipal de Saúde, lança-se a proposta de organização sindical. É fundado o Sindicato dos Trabalhadores da Saúde de Nível Médio de Rio Largo que posteriormente vem a acionar uma greve que durou

aproximadamente um mês. Embora o referido sindicato representasse somente os servidores de nível médio, uma parcela de servidores de nível superior envolve-se nas discussões. Uma articulação que também parece ter ocorrido nesse movimento sindical foi com representantes do poder legislativo. *“Esse grupo tinha uma relação com alguns vereadores, mas não posso responder [detalhar] porque nunca estava junto com eles nestas ocasiões”* (R10/1^a).

Porém, durante período recente, esse sindicato parece não ter respondido eficientemente às demandas do grupo que representa. Segundo depoimentos de um entrevistado, no momento da realização do último concurso, os servidores precisaram do apoio da entidade que os representava. Essa não-resposta foi reforçada na fala que segue:

(...) No começo o sindicato brigava, defendia a gente... quando precisamos, na hora do concurso da Prefeitura, ‘eles’ diziam que não podia fazer nada... acho que o interesse agora é outro, do outro lado. (Respondente R10/1^a).

Outra organização sindical existente no município é a da área de Educação. O “Sindicato dos Professores”, como é citado por informante-chave, com uma maior expressão histórica, não indica sinais de organização no período investigado.

O Sindicato dos Professores já deu muito o que falar aqui em Rio Largo, hoje a gente sabe que ele existe, mas a sua expressão é pouca. Tem dirigente ocupando cargo... mas, o problema não é esse, a base dele não é participativa, nunca foi participativa sempre dependeu dos dirigentes. (R8/1^a).

Ainda sobre organização sindical, o município conta com o Sindicato dos Trabalhadores da Lavoura e o Sindicato de Trabalhadores, Aposentados e Pensionistas da Fiação e Tecelagem. O sindicato rural apresenta característica que parece ser comum a maioria dos sindicatos rurais, com pouca expressão reivindicativa e desenvolvendo atividades assistenciais, como por exemplo, médica e odontológica³⁴. Aparentemente, evidencia-se uma relação “estreita” com sua base, formada principalmente por trabalhadores dos canaviais e por operários das usinas de açúcar³⁵. O segundo sindicato citado sugere uma certa atenção. Apesar de ter desempenhado um papel histórico no município, sua existência e finalidade são contraditórias. Na localidade, não existe mais indústria têxtil, seus agregados são uma parcela

³⁴ Estas são as atividades desenvolvidas pelo Sindicato dos trabalhadores da lavoura de Rio Largo, segundo dados da entrevista feita com o respondente R15/1^a e 2^a.

³⁵ Tanto os trabalhadores das plantações de cana-de-açúcar como aqueles que trabalham na ramo da produção do açúcar e do álcool geralmente são contratados em caráter temporários devido aos ciclos de produção, corte e plantio da cana-de-açúcar. Além dos contratos irregulares, sem carteira de trabalho assinada, o que tem sido comum mesmo com as denúncias feitas em geral pela imprensa.

de aposentados e pensionistas que, no passado, atuaram nas antigas fábricas. Hoje desenvolve algumas atividades também meramente assistenciais, porém tem um significativo respaldo na sociedade local, reconhecimento que foi verificado nas Conferências Municipais de Saúde.

No período em que ocorreu o estudo sobre o CMS de Rio Largo, emerge um novo ator, o Fórum das Organizações Não-Governamentais de Rio Largo. Fundado em março de 1995, possui caráter permanente e tem a finalidade de defender a “*cidadania e o bem estar social da comunidade de Rio Largo*” (Informante-chave 1). O Fórum das ONGs foi aliado do CMS em alguns embates, sobretudo nos que se tratou de temáticas como o lixo e a água.

As associações comunitárias, ou de moradores, apresentam um certo grau de articulação entre si, quando acionadas. Na sua maioria são urbanas e com pouca expressão de luta, desenvolvem atividades de caráter paternalistas. Como disse o informante-chave 1,

A finalidade do (...) é defender a cidadania, a maior parte das entidades que fazem parte são as associações de moradores que quando atuam é para certos benefícios (...), e isso é uma dificuldade para nossos objetivos, a pouca politização.

Mais recentemente essas organizações têm demonstrado ter interesse em questões mais amplas à medida que atuam em conjunto. Isso parece estar acontecendo mediante articulação provocada pelo Fórum das ONGs.

Dentre as entidades que desenvolvem ações de caráter filantrópico, destacam-se o Rotary Club e Grupos Religiosos. Outro tipo de organização sempre presente nas conferências do município é o Clube de Diretores Lojistas – CDL.

No campo da participação nas políticas públicas, o Município Rio Largo conta com o funcionamento dos seguintes conselhos: Conselho Municipal de Direitos e Defesa da Criança e do Adolescente, Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, Conselho de Assistência Social e Conselho Municipal de Saúde. Encontrando-se em processo de formação o Conselho Municipal da Educação.

2 – Descentralização dos Serviços de Saúde em Rio Largo: Política de saúde, organização e estrutura de serviços

O documento *Projeto de Organização do Sistema Municipal de Saúde de Rio Largo, de maio de 1992*, traçou, como diretrizes, a descentralização na gestão dos serviços, a integralização das ações face à realidade epidemiológica, a universalização e a equidade do atendimento, hierarquização da rede, unificação do sistema, integração de outros serviços ofertados pela rede privada e filantrópica, e participação popular na gestão com acompanhamento e controle do sistema.

Dentre os objetivos estratégicos, se destacam o controle social do sistema municipal através do Conselho Municipal de Saúde, a criação do sistema de avaliação de desempenho das unidades de saúde, serviço de vigilância sanitária no município, para o controle de centros processadores e manipuladores de alimentos, drogas, medicamentos e controle do meio ambiente e a readequação organizacional da Secretária Municipal de Saúde.

O referido documento apresenta um diagnóstico do município do período anterior a 1993. Sobre a estrutura de serviços, avalia que as unidades de saúde existentes funcionavam com precariedade, apresentando problemas como

Ociosidade e superposição de ação; ênfase nas ações curativas (...); insatisfação e descrédito popular com os serviços; deficiências quantitativas de recursos humanos para gerenciar, executar e planejar ações; inexistência de um plano de cargos e salários (...); falta de condições de trabalho nas unidades de saúde (...), de integração entre os serviços do Estado e do Município (Rio Largo, 1992).

No período de 1989 a 1992, registraram-se algumas intenções/tentativas de organização do sistema de saúde local. Além de elaboração do documento acima citado, foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde, fase preparatória da IX Conferência Nacional de Saúde. Com a realização da I Conferência Municipal de Saúde, o município encaminhou os delegados para participarem da IX CNS, representando paritariamente o governo e os usuários. Nesse cenário, observa-se que o município não ficou à parte do que vinha acontecendo no estado - a mobilização e a preparação para a IX Conferência Nacional de Saúde.

Naquele momento, a tentativa de criação do Conselho Municipal de Saúde não obteve sucesso. Segundo depoimento de informante-chave, integrante do Fórum das ONGs de Rio Largo, a Secretaria Municipal de Saúde convocou “determinadas” associações comunitárias, profissionais de saúde e prestadores para uma reunião que formaria ali o conselho. A reunião chegou a acontecer, entretanto não houve uma segunda.

Embora parte dos profissionais médicos tivessem engajamento nas discussões do movimento sanitário, articulando-se com grupos em Maceió, seja no interior de partidos de esquerda, seja nos agrupamentos de trabalhadores da saúde da rede estadual, não foram observados ensaios de como a população organizava-se para reclamar sobre seus direitos à saúde.

O modelo assistencial, desenhado no documento, constatando a priorização de ações curativas, não difere do quadro geral alagoano e brasileiro.

Em 1993, inicia-se a administração Rafael Torres³⁶. Em março desse mesmo ano, por questões político-administrativas, houve uma mudança na direção da Secretaria Municipal de Saúde. O segundo secretário municipal de saúde permaneceu no cargo pouco mais de um (1) ano e meio. Na seqüência, assumem a função mais quatro (4) secretários, totalizando seis (6) gestores do sistema municipal de saúde numa mesma administração. O término dessa administração foi marcado por greves na saúde e na educação. A área da saúde foi mais marcada, certamente por estar com a unidade hospitalar pública estadual também fechada. Relata um entrevistado:

(...) foi um caos, a população não tinha atendimento de saúde e nós, os (...) [servidores] não tínhamos a comida na mesa, com a greve não teve salário, a maioria era serviços prestados. (R10/2^a).

O grupo político dessa administração veio a perder as eleições no município no ano de 1996, sendo eleita a candidatura que teve apoio, dentre outros, no sindicato dos trabalhadores da saúde e nos grupos de profissionais de saúde.

³⁶ Essa administração não contava com o apoio da maioria do poder legislativo local. É notório, no Estado de Alagoas, que o então Prefeito representava politicamente um núcleo familiar oligárquico com características próprias do Estado de Alagoas. Nesse neste período o núcleo familiar administrava mais duas (2) prefeituras no estado, elegeu um (1) deputado estadual e um (1) deputado federal, ambos de mesmo sobrenome. No entanto vieram a perder as eleições municipais em 1996, nestes três municípios. Os traços que compõe este tipo de núcleo familiar, do Estado de Alagoas, inclui-se o clientelismo, paternalismo, pisoltagem e o uso da política como negócio de família. (Araújo, 1994).

Segundo um dos conselheiros entrevistados que, em 1993, ocupou o cargo de secretário municipal de saúde a Secretaria Municipal de Saúde procurou reestruturar-se, compondo uma equipe técnica mínima, com um organograma informal - não encaminhado para aprovação pela câmara de vereadores, contando com chefia de gabinete, assessoria técnica e de planejamento, controle e avaliação, diretoria administrativa e diretoria de saúde, envolvendo supervisão às unidades de saúde, treinamento, coordenação de programas, vigilância sanitária e epidemiológica. (Rio Largo, 1994a).

Com a realização da II Conferência e a criação do Conselho Municipal de Saúde, faz perceber que o gerenciamento dos serviços, desde o segundo semestre de 1993, procurava democratizar a participação nas decisões, acompanhamento e fiscalização dos serviços. Essa nova proposta de gerenciamento do sistema municipal de saúde exigiu a definição de mecanismos que proporcionassem a democratização das informações, efetivando a participação, conforme preconiza a Constituição Federal e a Lei 8.142/90.

O processo de descentralização dos serviços de saúde em Rio Largo-Alagoas, já vinha sendo encaminhado no ano de 1993. Entretanto, com a realização da II Conferência Municipal de Saúde, em cinco de agosto do mesmo ano, essa se configurou no principal impulsionador para a formação do Conselho Municipal de Saúde. Foi um instrumento de divulgação de um espaço a ser ocupado pela população. O espaço de participação na gestão do sistema de saúde não era ponto de discussão das organizações não governamentais nem tampouco das estruturas de governo, como disse um respondente:

Antes era um sistema muito fechado, só o prefeito e secretário decidiam, agora pelo menos a gente fica sabendo das coisas. Foi uma idéia muito nova, essa idéia da comunidade participar, decidir junto (R20/1^a).

A II Conferência Municipal de Saúde teve características distintas da anterior, inclusive dos seus objetivos. Se, por um lado, a I Conferência emergiu da necessidade colocada pela conjuntura regional e a nacional; por outro, a II Conferência foi convocada no sentido de democratizar a discussão a respeito da situação de vida e de saúde da população e com o objetivo estratégico de encaminhar a formação do Conselho Municipal de Saúde. Contou com palestras e debates em torno das temáticas Municipalização - Conceitos e Leis; Plano Municipal de Saúde - Um modo participativo de fazer saúde; e Conselho Municipal de Saúde. A discussão foi introdutória, aos trabalhos de grupo que identificaram os problemas de saúde, principais causas de morte e definiram prioridades de ação. (Rio Lago, 1993).

A II Conferência teve como fim principal proporcionar à comunidade local o incentivo para a ocupação de um espaço garantido na Lei Federal 8.142/90, mobilizando usuários, trabalhadores da saúde e outros prestadores para a composição do CMS. Apesar do CMS constituir um espaço legal de participação comunitária, a proposta de sua formação em Rio Largo não surgiu das organizações sociais ditas populares. O que parece não ser uma situação única no país, mas pode-se afirmar que, nesse caso particular, deu-se dessa forma. A iniciativa partiu do próprio governo, face às condições normativas do processo de municipalização colocadas pela Norma operacional básica do SUS de 1993 – NOB-SUS/93. O documento que deu ao município a legalização de sua condição de municipalizado data de 14 de dezembro de 1993, enquadrando-o na condição de gestão incipiente. (Declaração de enquadramento/MS, 14/12/93).

Em 1993 a capacidade instalada dos serviços de saúde contava com onze (11) unidades de saúde, assim distribuídas: 01 centro de saúde, localizado no centro da cidade e dez (10) postos de saúde, sendo sete na zona urbana e periférica, e três na zona rural.

Todas as unidades de saúde oferecem atendimento básico e atendimento médico ambulatorial, porém o atendimento odontológico (curativo) não é oferecido nas unidades da zona rural. O serviço de odontologia contou com o programa de saúde bucal escolar, estendendo o atendimento à área de prevenção à saúde.

Em 1994 é implantada uma unidade de serviço especializada, o núcleo de saúde mental que, inicialmente, funcionou em local adaptado, com um (1) Psiquiatra, dois (2) Psicólogos, um (1) Assistente Social e pessoal de apoio. Desde os primeiros meses de funcionamento desse serviço, observou-se a queda do número de internações psiquiátricas, em Maceió, de pacientes domiciliados em Rio Largo³⁷ (Atas de Reuniões do CMS, realizadas em 1994 e 1995).

O atendimento básico era realizado nos níveis primários e secundários. O sistema local contava com uma unidade hospitalar pública, sob gerência do Estado, cujas AIHs vieram a ser controladas pelo gestor municipal em 1994. Em reunião ordinária do CMS, seu presidente, então gestor municipal, *informa* ao plenário que a secretária municipal de

³⁷ Conforme diz o documento que trata da implantação do Programa de Saúde Mental, Rio Largo “*vem se destacando é no campo das doenças mentais atingindo índices impressionantes e o primeiro lugar no interior do estado, na quantidade de pacientes que procuram psiquiatras em Maceió, conforme comprovou trabalho feito no PISAM [- Programa Interinstitucional de Saúde Mental -], recentemente e em poder da coordenação estadual de saúde mental*” (Rio Largo, 1993b:01).

saúde já está assumindo o controle das AIHs que antes estava sob a gerência da direção do Hospital Ib Gatto Falcão (Ata de Reunião Ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 10/05/94). Observe-se a característica citada anteriormente. Não houve discussão ou proposta apresentada ao CMS, houve uma *informação* do gestor municipal.

O serviço de apoio diagnóstico era prestado por um laboratório de análises clínicas. Esse prestador era privado, conveniado com o sistema municipal e localizado no município³⁸, e por outras referências em Maceió. Na medida do “*impossível*”, a rede estadual raramente atendia às necessidades do município.

O controle de endemias é feito sob a coordenação e supervisão do nível federal através da Fundação Nacional de Saúde, com a parceria do gestor local, que, no início de 1994, implanta o programa de ação de combate e prevenção da esquistossomose (Ata de Reunião Ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 01/02/94).

Na área de prevenção, foram desenvolvidas ações através dos seguintes programas:

- Programa de Saúde Bucal Escolar; Programa de Combate à Esquistossomose; Programa de Atendimento a Mulher; Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS; Programa de Imunização.

Em relação aos programas citados acima, foi acrescentado o Programa de Saúde da Família – PSF, contando com uma equipe de saúde que atende a famílias residentes na localidade “*Mutirão*”, que, segundo Rio Largo (2000), foi implantado no ano de 1997³⁹. O PACS atende a um número maior de famílias com uma cobertura de 50% da população, desde a sua implantação, no primeiro semestre de 1994. (Rio Largo, 1998b).

Atualmente a organização do sistema local de saúde de Rio Largo apresenta diferenças sutis do que foi descrito acima. O quadro a seguir informa sobre a atual capacidade instalada.

³⁸ O único laboratório instalado no município foi fechado pelos proprietários em meados de 1995.

³⁹ Foram obtidas informações do atual presidente do CMS (3ª gestão) e de técnicos da SMSRL sobre uma reunião realizada em junho de 2000, que até o final deste mesmo ano serão implantadas de três (03) a cinco (05) novas equipes de PSF. Assinale-se que o período é de término de governo, mas este não é o único exemplo de uma certa preocupação em desenvolver atividades de prevenção à saúde.

QUADRO 1

CAPACIDADE INSTALADA NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE RIO LARGO - ALAGOAS, POR PRESTADOR E POR TIPO DE SERVIÇO

PRESTADOR	SERVIÇO AMBULATORIAL				SERVIÇO HOSPITALAR
	PS	CS	M/OD	ESP	
PÚBLICO	05	07	02	01	01
PRIVADO	-	-	-	-	01*
CONVENIADO SINDICAL	02	-	-	-	-

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Rio Largo

* A clínica infantil também oferece atendimento ambulatorial, no entanto este serviço não é conveniado com o sistema de saúde do município

LEGENDA: PS – Posto de Saúde

CS – Centro de Saúde

M/OD – Módulo Odontológico

ESP – Unidade Especializada (Núcleo de Saúde Mental)

QUADRO 2

CAPACIDADE INSTALADA NA REDE PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE RIO LARGO – ALAGOAS, POR PRESTADOR E POR TIPO DE SERVIÇO

PRESTADOR PÚBLICO	SERVIÇO AMBULATORIAL				SERVIÇO HOSPITALAR
	PS	CS	M/OD	ESP	
MUNICIPAL	05	07	02	01	-
ESTADUAL	-	-	-	-	01

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Rio Largo

LEGENDA: PS – Posto de Saúde

CS – Centro de Saúde

M/OD – Módulo Odontológico

ESP – Unidade Especializada (Núcleo de Saúde Mental)

As unidades de saúde de atendimento ambulatorial prestam os seguintes serviços: Cuidados primários, pré-natal, consulta de enfermagem, consultas médicas (clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetria, psiquiatria), atendimento odontológico, atendimento e acompanhamento à família e ao paciente de saúde mental por Psicólogo e por Assistente Social.

O quadro de recursos humanos melhorou nos últimos sete (7) anos, mas ainda é considerado inadequado, sobretudo quanto à qualificação. Os salários continuam baixos, no entanto, os constantes atrasos de pagamento que aconteciam no governo anterior, não vêm repetindo-se no atual (Rio Largo, 2000). Em 1994, registrou-se a primeira greve dos servidores municipais, tendo como principal articulador o Sindicato de Trabalhadores da Saúde, que era recém-fundado. A pauta de reivindicações dessa greve era reajuste de salários, pagamento de salários atrasados, constituição da comissão e elaboração do plano de cargos e salários.

O quadro a seguir ilustra os recursos humanos disponíveis.

QUADRO 3

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RIO LARGO - ALAGOAS, POR LOTAÇÃO E POR ESCOLARIDADE

LOTAÇÃO	NÍVEL DE ESCOLARIDADE			
	SUPERIOR	MÉDIO	ELEMENTAR	TOTAL
NÍVEL CENTRAL	11	20	02	33
UNIDADES DE SAÚDE	28	105	24	157
TOTAL	39	125	26	190

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Rio Largo

A qualificação dos servidores ainda não é satisfatória, grande parte dos profissionais de nível médio executando atividades de cuidados à saúde não possuem qualificação específica para as atividades que desempenham (Rio Largo, 1997a). Segundo

depoimento do secretário municipal de saúde⁴⁰, o curso de auxiliar de enfermagem, iniciado em 1994, concluiu a sua única turma (41 pessoas) no primeiro trimestre do ano 2000, praticamente seis (6) anos de duração. Durante o funcionamento, passou por várias interrupções. A duração normal do curso é de 18 meses. Provavelmente, as interrupções ocorreram, principalmente devido às constantes mudanças de gestor municipal (6 secretários numa gestão de governo) e as inconstâncias políticas e administrativas da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas - SES/AL. É consensual, no setor saúde, que a qualificação do quadro de recursos humanos implica qualidade do serviço e, tratando-se de assistência à saúde, o despreparo técnico no atendimento pode levar a prejuízos na saúde e na vida do usuário.

3 – O Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo

3.1 – Processo de criação e aspectos organizativos

O Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo foi criado em 1993, regulamentado com a Lei Municipal nº 1.109/93. Teve sua primeira reunião realizada no dia 27/09/93, após a assinatura do termo de posse dos conselheiros pelo então chefe do Executivo Municipal. O processo de criação do CMS teve determinantes históricos e conjunturais da localidade.

A II Conferência Municipal de Saúde realizada em agosto do mesmo ano, além de discutir temáticas como Municipalização dos Serviços de Saúde, Financiamento do SUS e Problemas de Saúde do Município, definiu prioridades e linhas gerais a serem executadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Aprovou a composição do CMS, definindo o número de membros e entidades que nele teriam assento, sendo, então, encaminhado o projeto de lei para a sua criação pelo prefeito, à Câmara de Vereadores⁴¹ (Rio Largo, 1993).

⁴⁰ Entrevista realizada em março de 2000.

⁴¹ Este documento foi elaborado conforme as recomendações da II Conferência Municipal de Saúde, a sua redação original foi aprovada pelo legislativo e, recebendo o caráter de lei municipal, foi sancionada sem vetos.

Com relação ao processo de aprovação da lei municipal que regulamenta o funcionamento do CMS, disse um entrevistado:

(...) até para aprovar uma lei era difícil porque eles achavam que com a criação do conselho eles saiam perdendo. Eles falavam que o conselho absorvia as obrigações da câmara, que quem devia fiscalizar era a câmara, que tinha conselhos demais... que isso era um risco para o futuro (...) era conselho da criança, da saúde, da ação social, e câmara estava perdendo a função dela (R18/1ª).

Assistiu-se à inquietação do poder legislativo nesse momento. Um grupo de vereadores pareceu ser contrário à criação do CMS. O grupo acreditava que estaria criando uma instância de decisão que ocuparia o papel dos vereadores e assim eles estariam perdendo espaço de poder. O poder deliberativo sobre a política municipal era exercido hegemonicamente pelo executivo e pelo legislativo. Lembrando Testa (1996)⁴² quando trata sobre o terceiro tipo de poder, o *poder político* exercido com *dominação* ou *hegemonia*, parece que este era o tipo de poder que o legislativo de Rio Largo temia perder.

Outra nuance que caracteriza essa inquietação do legislativo foi a aprovação da Lei do Fundo Municipal de Saúde – FMS (Lei municipal nº 1.108/93). O projeto de lei para a regulamentação do FMS previa a contrapartida de 10% do orçamento do município e foi aprovado com a redação final que definiu o percentual de 16% (Ata de Reunião Ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 27/09/93). Aparentemente, o percentual de 16%, poderia representar um ganho para o setor saúde, embora jamais se verificou esse repasse de recurso para o FMS. Isso foi visto na fala dos gestores entrevistados, quando foi perguntado sobre as dificuldades enfrentadas na gestão.

A dificuldade maior foi a financeira. A prefeitura não tinha recursos (...), a não ser para pagamento com pessoal. Não tinha despesa direta com a saúde, a SMS dependia dos recursos do SUS, do nível federal. A prefeitura arcava só com a folha de pagamento, não havia o repasse dos 10% (R1/1ª).

Outro entrevistado se refere a escassez de recursos como principal dificuldade. Quando é abordado sobre o repasse de recursos previsto na Lei do Fundo Municipal de Saúde responde demonstrando indignação: *"Não, pois tinha uma conta única e o dinheiro era destinado apenas para pagamento dos funcionários. O recurso da saúde vinha do governo federal"* (R2/1ª). O relatório de gestão do ano de 1998, o mais recente disponibilizado para

⁴² Citado no capítulo II deste trabalho.

esta pesquisa, refere-se ao FMS, indicando que o fundo é operacionalizado pela tesouraria da Prefeitura.

A composição do Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo foi definida por deliberação na II Conferência Municipal de Saúde, após intenso debate da plenária, mantendo-se a sua proposta original com a regulamentação da Lei Municipal 1.109/93, aprovada sem emendas pela Câmara de Vereadores. O CMS é, portanto, composto por vinte (20) membros, assim distribuídos:

- 5 representantes do governo e prestadores:

- 1 da Secretaria municipal de saúde, 1 da Secretaria municipal de educação, 1 representante dos prestadores de serviço público, 1 representante dos prestadores de serviço privado, e 1 representante dos Conselhos da Criança e do Adolescente⁴³.

- 5 representantes dos profissionais de saúde:

- 3 dos trabalhadores de nível médio e 2 dos trabalhadores de nível superior.

- 10 representantes dos usuários:

- 3 representantes do conjunto das associações comunitárias, 2 representantes dos sindicatos rural e urbano, 1 representante dos estudantes, 1 da Igreja Católica, 1 do conjunto das Igrejas Evangélicas, 1 representante dos clubes de serviços e 1 representante ASSUVERIL - Associação dos Suplentes de Vereadores.

A composição obedeceu à paridade de 50% de representantes do governo (25% de governo e prestadores e 25% de profissionais de saúde) e 50% de usuários.

Houve muita discussão na II Conferência para definir quais as organizações dos usuários que teriam lugar no Conselho. A princípio, o número de membros seria menor que vinte (20), mas a diversidade de organizações não-governamentais presentes fez valer sua posição, causando uma polêmica entre plenária e comissão organizadora do evento e assessoria da UFAL. Foi estabelecido um debate entre o “*saber técnico*” e o desejo da plenária. (Rio Largo, 1993). Porém, o “*saber técnico*” também entendia que a plenária é soberana e autônoma, e a sua posição de aceitar a proposta da plenária contribuiu para o

⁴³ Indicado, por eleição entre os pares, pelo Conselho Municipal de Direitos e Defesa da Criança e do Adolescente, que possui composição paritária, e pelo Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, cujos membros são eleitos em plenária aberta onde participam as entidades locais.

assento de organizações que representam suplentes de vereadores e clubes de serviços, como o CDL - Clube de Diretores Lojistas, no segmento dos usuários⁴⁴ (Rio Largo, 1998c).

A indicação dos membros do Conselho Municipal de Saúde foi feita pelas próprias organizações.

Os encaminhamentos administrativos para aprovação das Leis 1.109/90 e 1.108/90 no legislativo ocorreram ao tempo em que as instituições, públicas e privadas, e as ONGs movimentavam-se para indicação de seus respectivos representantes. Esse processo durou pouco mais de um mês - da realização da II Conferência até a instalação do CMS e posse dos conselheiros - que, apesar da mobilização em torno da convocação da II Conferência⁴⁵, sugere questionar o potencial de articulação das entidades com seus afiliados.

Ainda nesse período, foram realizadas oficinas de saúde pela SMSRL com a assessoria do Núcleo de Saúde Pública da UFAL - NUSP/UFAL. As oficinas tiveram como objetivo capacitar os futuros Conselheiros, o assunto é retomado logo adiante.

Em 27 de setembro de 1993, foi sancionada a Lei que criou o CMS e a Lei que regulamentou o FMS. Na mesma oportunidade, foi instalado o Conselho, seguido da nomeação e posse dos Conselheiros. No mesmo dia, realizou-se a primeira reunião do Conselho em que, por eleição direta e aberta entre os conselheiros, foi escolhido e empossado o secretário municipal de saúde, conselheiro que representava a SMSRL, como Presidente do Conselho (Ata de Reunião Ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 27/09/93).

Embora o CMS ainda não tivesse regimento interno, em reunião dos membros indicados, foi acordado, por sugestão da assessoria técnica, que o presidente e o secretário geral seriam eleitos entre os conselheiros, sendo todos candidatos em potencial (Ata de Reunião realizada em 23/08/93).

A primeira atividade do conselho foi a elaboração do seu regimento interno. Oportunidade de muito debate até sua aprovação. Foi constituída uma comissão de conselheiros que apresentou uma proposta preliminar. A discussão e aprovação do regimento interno foram pontos de pauta de várias reuniões ordinárias e extraordinárias⁴⁶. A

⁴⁴ Vindo a ser excluídos da composição do CMS por deliberação da IV Conferência Municipal de Saúde.

⁴⁵ A II Conferência Municipal de Saúde de Rio Largo foi amplamente divulgada, inclusive sua temática e objetivos, houve também contatos com lideranças comunitárias (Rio Largo, 1993).

⁴⁶ Segundo entrevistas com conselheiros que participaram desta comissão, as oficinas sobre o papel do conselheiro, que aconteciam simultaneamente a elaboração do regimento interno, contribuiu para este trabalho.

representação das associações de moradores e a dos conselhos da criança e do adolescente tiveram uma participação de destaque nesse momento. Isso foi observado na análise das atas e nas falas dos diversos entrevistados.

Durante o período da 1ª gestão do conselho, dois (2) anos - foram realizadas diversas atividades, dentre elas as oficinas de saúde. As oficinas de saúde realizadas fizeram parte de uma proposta de capacitação dos conselheiros que visava a proporcionar uma boa atuação do conselho, tendo em vista o seu papel de decisão na conformação da política de saúde local. Portanto, um papel em que está intrínseca a co-responsabilidade com o rumo das condições de saúde da população. A SMSRL deu todo o apoio logístico para a realização das oficinas, tais como material didático, textos e reprodução de publicações⁴⁷.

Na 2ª gestão do conselho, as oficinas de saúde também aparecem nas atas de reunião, no entanto, na maioria das vezes, não mais como realizadas, mas como *solicitação* de conselheiros usuários para que a secretaria as promovesse (Ata de reunião ordinária, realizada em 02/09/97). A SMSRL, por sua vez, transfere a responsabilidade para a SES/AL, para a secretaria executiva do Conselho Estadual de Saúde – CES/AL, e para a UFAL.

Solicitei várias vezes através de documento, após ser discutido no conselho, o desejo dos conselheiros, que a SES/AL e a UFAL realizassem oficinas de capacitação em Rio Largo. A SES, como sempre, justifica a falta de diárias para os técnicos (...). A UFAL não respondeu, informalmente disseram que Rio Largo estava bem e que precisavam priorizar municípios menores e da região do sertão do estado (R1/2ª).

Consultando esses órgãos, obteve-se a informação de que o último não foi procurado pelo então secretário, e os primeiros alegaram falta de recursos para a realização da atividade. Por outro lado, em 1997, aconteceram atividades desse tipo em outros municípios, realizadas pela UFAL, com o apoio do Ministério da Saúde (UFAL & SES/AL, 1998).

Ainda em relação ao caráter organizacional do CMS de Rio Largo, a análise das atas e falas dos entrevistados informa que não houve qualquer interrupção de reuniões. Apenas uma reunião ordinária deixou de acontecer por falta de quórum, no entanto

⁴⁷ Quando a quantidade de material publicado disponibilizado pela assessoria não era suficiente a SMSRL providenciou a sua reprodução. Garantiu lanche ou almoço e condução para os participantes (Dados das entrevistas feitas com R1/1ª, R11/1ª, e com R17/1ª-2ª).

Pela característica da metodologia das atividades foram utilizados materiais e equipamentos diversos, como: jornais e revistas usadas, mapas, bolas de sopro, giz cera, hidrocor, lápis piloto, papel madeira, cartolinas, cordas, tesouras, colas, lenços de pano, vídeo, dentre outros. (UFAL & SES/AL, 1998). As oficinas de saúde merecem um debate à parte.

imediatamente após, foi realizada uma extraordinária com a mesma pauta da reunião anterior (Atas de Reunião Extraordinária do CMS de Rio Largo, realizadas em 10/05/94 e em 18/05/94). A análise das atas mostrou que, em outros momentos, também aconteceu a falta de quorum, embora a reunião não deixasse de acontecer. Apenas não foram encaminhadas votações.

3.1.1 – Capacitação de conselheiros

As oficinas de saúde realizadas no CMS, em Rio Largo, tiveram como propósito preparar os conselheiros para o exercício do seu papel. Tratava-se de algo novo, desconhecido, na cotidianidade dos membros de conselho. O público alvo foi os membros titulares e suplentes do conselho. Fizeram parte de um projeto maior que envolve técnicos da SES/AL e NUSP/UFAL, além de outros profissionais comprometidos com a construção do SUS. A metodologia foi desenvolvida em diversos municípios do Estado de Alagoas, através de técnicos e monitores. Estabeleceu-se uma *rede* que buscava contribuir para o bom desempenho dos conselhos de saúde no estado, com o pressuposto de que, no mínimo, a fiscalização deste somasse forças na “quebra das velhas estruturas” municipais, opacas e autoritárias, que favorecem pessoas e famílias em detrimento da saúde e da cidadania da população (UFAL & SES/AL, 1998).

Essas oficinas, em Rio Largo, abordaram temáticas como: municipalização, SUS – diretrizes e processo de consolidação, financiamento do SUS, planejamento em saúde, conferências e conselhos de saúde e o papel do conselheiro, dentre outros temas demandados pelo CMS⁴⁸.

Minayo (1993:48) sobre dominação cultural diz que

(...) pensar o processo de educação e saúde no interior das relações hegemônicas expressas no sistema oficial requer pensar a complexidade das relações entre Estado, profissionais e a população.

⁴⁸ Dados das entrevistas.

Dentre outras recomendações, Minayo (1993) recomenda que, no processo de educação em saúde, todos são atores, todos são produtores de saber, é importante também considerar a noção de *temporalidade e de espacialidade*, ou seja, deve-se pensar esse processo em um movimento de “ida e vinda”, de ciclos, de retornos. Sugere-se pensar que as oficinas de saúde com os conselheiros representaram um espaço para treinar cidadãos para combater falhas do Estado; os conselheiros foram treinados paradoxalmente pelo sistema para combater falhas do próprio sistema.

3.2 – Representatividade e capacidade de resposta à população

A variável *representatividade* leva a duas questões: representatividade do conselho e dos conselheiros. A composição paritária do conselho no sentido abstrato parece contemplar os setores locais envolvidos direta ou indiretamente com o setor saúde. As organizações que compõem o conselho parecem representar o resultado de disputa de forças políticas (Rio Largo, 1993 1998c). Não representando, necessariamente, os interesses da população em geral. Partindo do ponto de vista da autonomia das entidades, a representatividade destas seria inquestionável. Esse estudo não fez nem pretendeu fazer uma investigação em torno da *organicidade* de cada uma das entidades. Assim, a variável representatividade é considerada como a capacidade de os conselheiros estabelecerem a comunicação do conselho com sua base. Trazer demandas da base para o conselho e o movimento inverso. Essa análise considerou o processo de escolha dos conselheiros, a partir da interpretação de seus depoimentos e das informações das atas de reuniões.

3.2.1 – Processo de escolha dos membros do Conselho

Na escolha dos membros da 1ª gestão do conselho, um processo que chamou a atenção foi a indicação do representante do movimento estudantil e do representante das Igrejas Evangélicas. Os dados relatados a seguir foram constatados em algumas entrevistas, como em R1/1ª, R3/1ª, R17/1ª-2ª e em R18/1ª. A lei municipal 1.109/90 assegura uma vaga

no CMS, a ser ocupada pela União Municipal dos Estudantes de Rio Largo, a UMESE⁴⁹. A entidade, assim como as demais, foi orientada para encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde o nome do seu representante para a posterior nomeação como conselheiro, mediante amplo processo de discussão e escolha. A SMSRL colocou seus técnicos a disposição das entidades para colaborar nas reuniões e assembléias, mas isso não foi solicitado. Depoimentos dos vários entrevistados afirmam que não houve interferência da SMSRL junto às organizações sociais naquele momento, garantindo assim a autonomia das entidades.

Houve um impasse quanto à representatividade de dois membros indicados para compor o conselho. Isso ocorreu com duas organizações de usuários, as Igrejas Evangélicas e o Movimento Estudantil. As duas organizações encaminharam documento com os devidos nomes dos futuros conselheiros, no entanto, outras pessoas apresentaram-se na SMS questionando aqueles nomes. Foi verificado que o processo de escolha não tinha ocorrido democraticamente. No caso do Movimento Estudantil, o representante indicado estava com mandato findo na referida entidade. Os opositores realizaram uma assembléia ampla, definindo um outro nome que ocuparia a vaga durante um ano. O estudante indicado anteriormente seria o seu suplente, assumindo a vaga de titular no ano subsequente⁵⁰. Ambos participaram das oficinas introdutórias de capacitação. Impasse idêntico ocorreu com a indicação para vaga das Igrejas Evangélicas, no entanto, este representante conseguiu referendar seu nome numa ampla assembléia que contou com a presença de diferentes igrejas.

De certo modo, o exposto acima exemplifica a resposta desses grupos em relação ao conselho. Parece que havia um empenho dessas lideranças em se fazerem presentes no conselho. Suas bases, por sua vez, não mediram esforços em discutir o assunto naquele momento.

⁴⁹ De acordo com dados das entrevistas a União Municipal dos Estudantes de Rio Largo – UMESE - congrega todos os “grêmios” estudantis das escolas públicas e privadas do município. (R13/2^a).

⁵⁰ Este impasse quanto ao representante dos estudantes é característico da heterogeneidade de facções políticas do movimento estudantil. A SMSRL e o CMS na medida do possível acompanhou, mas não interferiu, o processo que era próprio e particular deste movimento. Ora um abaixo assinado destituía o representante, ora surgiam denúncias de que a entidade era *ilegal*.

3.2.2 – Comunicação com as suas representações diretas e com a população em geral

A *visibilidade* dos movimentos pela saúde é visto por Sposati (1992) como ponto positivo do controle social, seja pelas denúncias, seja pelo controle das instituições públicas pela sociedade. A análise empírica deste trabalho tornou operacional essa variável categórica que foi explicitada no documento UFAL-SES/AL, que diz ser a “*capacidade de tornar públicas e visíveis suas atividades*” (UFAL & SES/AL, 1998: 7).

Neste trabalho, a visibilidade é interpretada sob dois prismas: o prisma do conselho e o prisma dos conselheiros.

O potencial de visibilidade do CMS estudado com a população em geral, não ficou evidente. Essa foi uma dificuldade do conselho verificada nas atas e ponto consensual nas falas. O CMS não possui mecanismo próprio de comunicação com a população em geral. Foi constituída uma comissão interna de comunicação que apresentou, no seu plano de trabalho, aprovado pelo CMS, a confecção de boletins, utilização de “*serviço de som e [realização de] oficinas nas comunidades*” (Ata de reunião extraordinária, realizada em 18/05/93). Mas esses boletins não foram editados, nem ao menos foram preparados, e as oficinas também não aconteceram.

A divulgação não atingiu a comunidade como um todo. (...) o boletim não saía (...) a questão da comunicação não foi como devia ser. Mas eu acho que a comunidade confiava muito nos conselheiros (R11/1^a).

Com relação a esse assunto, o posicionamento adiante predominou na fala dos entrevistados, como exemplo têm-se outra fala de um conselheiro que representou um seguimento diferente do anterior, atuando nos dois mandatos:

O conselho não dispunha de um instrumento próprio de comunicação com a comunidade. (...) nunca conseguiu editar um informativo para a comunidade, pois não havia recursos para tal. A transmissão da reunião através do serviço de som fixo, nunca foi possível pelo mesmo motivo (R17/1^a-2^a).

Por outro lado, verificou-se, em algumas falas das entrevistas, que, em determinados momentos, de ação do CMS, mais oportunos, algum conselheiro fazia uso de

meio de comunicação local⁵¹ para divulgar as atividades e pautas de reuniões do CMS. Ressalte-se que isso não aparece nas atas, levando-se à crer que tenha sido iniciativa individualizada de conselheiro(s), já que não houve discussão em plenário. Outra observação importante é a articulação de um dos conselheiros com a imprensa escrita, de circulação estadual, com denúncias e entrevistas em jornal (R17/1^a-2^a).

A visibilidade, variável categórica explicitada no início deste item, do ponto de vista dos conselheiros, foi aqui interpretada pela capacidade de comunicação destes com a sua base, ou seja, a representatividade dos conselheiros em relação às organizações que representam. Isso parece ser um ponto crítico que não é exclusivo do CMS de Rio Largo. Silva (1997:170) em artigo que trata de um estudo de caso sobre o CMS de Cuiabá-MT, referindo-se à questão da representatividade, diz que

aparecem como [pontos] críticos em quase todas as experiências já analisadas – onde poucos representantes conseguem em “feedback” com suas entidades no sentido de realimentar o Conselho de fora para dentro.

No segmento do governo do CMS de Rio Largo, os representantes dos trabalhadores da saúde apresentaram essa dificuldade de *feedback*. No segmento dos usuários, a visibilidade ocorre face às características de cada organização. Dentre as que compõem o conselho no segmento dos usuários, as associações comunitárias apresentaram ter desenvolvido melhor esse requisito.

Além da criação do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde, com o surgimento do Fórum das Ongs, parece ter havido uma ampliação de comunicação, ao menos indireta. Como o Fórum surge em 1995, os conselheiros de saúde que participam do fórum permanente repassam informações para outras entidades. É uma forma de comunicação, porém ainda indireta e distanciada da população, principalmente daqueles que realmente necessitam dos serviços públicos de saúde.

A dificuldade de “*feedback*” apresentada pelos trabalhadores é justificada por esses conselheiros nos seus relatos, com a falta de interesse do conjunto dos trabalhadores em discutir a gestão e a situação de saúde do município e que delegam a tais conselheiros decidir sozinhos, sem debate com os seus pares. A fala que segue exemplifica a dificuldade de articulação desses conselheiros.

⁵¹ O *serviço de som fixo*, assim definido pelo entrevistado (R17/1^a-2^a), também denominado pela população local de “*vigilante do ar*”, trata-se de alto-falante afixado no centro da cidade de propriedade particular, cujo funcionamento tem finalidade comercial de comunicação.

(...) os funcionários não sabiam e nem sabem o que é um conselho municipal de saúde. (...) toda vez que ia na reunião chamava o pessoal do posto, mas nunca tiveram interesse (R10/1ª).

O depoimento exemplifica um dos reflexos da verticalidade da *Reforma Sanitária*, que, como foi visto no capítulo I, mesmo tendo o movimento sanitário como idealizador da proposta, acontece de *cima para baixo*. Dentre outras falas, a transcrita acima informa que, quando havia comunicação, isso ocorria na abrangência do local de trabalho correspondente àquele conselheiro. Um entrevistado, porém, concorda que havia um relacionamento com a base, e com poucas palavras responde: “*Sim. Por meio de reuniões de cada segmento. O mecanismo era esse, cada um com sua associação, o mecanismo sempre foi esse*” (R9/1ª). Mas o entrevistado comportou-se de forma defensiva, respondeu com frases breves, aparentemente *prontas*, e não quis continuar, quando lhe foi solicitado que descrevesse *esse mecanismo*.

As atas registram a presença do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde de Nível Médio em algumas reuniões. A presença foi mais marcante na fase de articulação e fundação do sindicato. No entanto, a participação da entidade nos assuntos próprios no CMS era discreta, isto é, pouco se pronunciava. Nas reuniões do CMS, seus poucos pronunciamentos eram relacionados a questões salariais (Atas de reuniões realizadas em 1993 a 1995). Com a participação desse Sindicato no conselho, o retorno se dava com o processamento de informações na sua diretoria (Informante-chave 2). As informações das reuniões de diretoria do sindicato poderiam servir como fonte de dados para essa investigação, no entanto, isto não foi utilizado.

Em geral, os conselheiros representantes dos profissionais de saúde, segundo dados das entrevistas, acreditam que houve uma relação com suas respectivas bases. Tais vinculações parecem, todavia, insuficientes, já que a troca de informações e demandas ocorreram somente nas unidades de saúde onde estes desenvolviam suas atividades profissionais, os demais ficando fora do processo de deliberação.

O potencial de demandar os interesses dos trabalhadores da saúde para discussão no conselho aparece nas atas, numa conjuntura em que os trabalhadores se articulam no movimento de greve, por reajuste de salários. Vale observar outra informação das atas, indicando que, neste período, dois titulares pedem afastamento e seus respectivos suplentes assumem as vagas; estes se manifestaram de forma mais ativa, dando margem a pensar que o perfil do conselheiro contribui na atuação de sua respectiva entidade.

Pelas entrevistas e estudo das atas, foi percebido no segmento dos usuários, um potencial de comunicação com a base nas representações das associações comunitárias. Tanto para reclamar, denunciar e solicitar como para propor e contribuir com o amadurecimento do CMS. Em geral, as proposições dessas representações aparecem em bloco e como resultado de discussão anterior com o conjunto das demais organizações desse tipo do município. Suas principais interlocuções eram com professores da rede municipal e estadual e com representantes do legislativo. Mais tarde, essa interlocução se amplia com o Fórum das Organizações Não-governamentais de Rio Largo.

3.3 – Atuação do Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo

A fala dos conselheiros sobre a atuação do CMS alterna depoimentos com avaliações que acreditam no potencial do conselho, e outras consideram não valer a pena o esforço. O entrevistado R10/1^a é enfático e diz que o CMS não teve qualquer atuação e completa: “(...) *as atividades do conselho se resumiam a reuniões, reuniões... e mais reuniões. Eu levava reclamações do meu posto, mas muito do que se aprovava ficava no papel*” (R10/1^a).

Outro representante dos trabalhadores aponta situações que o Conselho “tentou” atuar na fiscalização e controle de questões relacionadas à saúde da população.

Houve uma denúncia sobre falta de limpeza no mercado público, foi formada uma comissão que foi até lá, fez relatório, mostrou trabalho, mas não cobrou resposta. O resultado se perde, não tem retorno (...). Toma decisões quando o secretario precisa aprovar alguma coisa que a legislação exige (R7/2^a).

Apesar dessas opiniões com avaliações negativas a respeito do potencial do conselho, este estudo percebeu um processo de luta, e algumas conquistas foram logradas.

Dentre as conquistas citadas pelos respondentes, chamou a atenção quando grande parte dos conselheiros que exerceram mandato em períodos distintos menciona a questão da *sede* do CMS, tanto como luta quanto como uma conquista. Vê-se a necessidade de reafirmação dos membros na sua posição de *conselheiro, de decisor*, detentores de um poder ora exercido, ora não exercido, ora entendido, ora não entendido. De fato, as falas

corresponderam ao que está escrito nas atas, e as atas, às falas. Desde as primeiras reuniões, a necessidade de um espaço físico próprio, mantido pela SMS, com móveis, materiais e recursos humanos, é pauta nos debates. Analisando as atas, foi visto que em, diversas reuniões, a estrutura física do CMS aparece como solicitação, ora de forma mais leve, ora mais veemente. Em uma delas, a solicitação da sede é seguida por uma agenda de reivindicações, como: arquivo, documentação, apoio administrativo e biblioteca. O mesmo conselheiro, agora como respondente, refere-se à necessidade de estudo, de reciclagem e de informações atualizadas como condição para ser um bom conselheiro.

3.4 - Limites de articulação e de poder

3.4.1 – Permeabilidade e Articulação

Considerando a definição conceitual sobre a *permeabilidade* e sobre a *articulação*, vistas no capítulo II, os dados foram estudados na tentativa de entender a expressão do CMS de Rio Largo face à contextualização observada. Revisando o quadro teórico deste trabalho, entende-se que a permeabilidade se traduz pelo potencial do CMS observar e defender proposições de outras organizações sociais e políticas. Em relação à articulação, vê-se como sendo o potencial do CMS estabelecer um relacionamento com outras organizações sociais e políticas.

Os trabalhos⁵² referenciados operam com essas duas variáveis em separado. Aqui se optou por discuti-las paralelamente, entendendo que, à medida que um sujeito coletivo se articula com outros sujeitos, facilita que ocorra a identificação e a aceitação de demandas envolvidas ou não na sua área de atuação.

O estudo mostrou que o CMS de Rio Largo, no período analisado, consegue articular-se com outros segmentos sociais, quais sejam movimentos comunitários, religiosos, sindicais, poder legislativo e instituições jurídicas, além de partidos, academia e outros órgãos do setor saúde e de outras áreas.

⁵² Carvalho, 1994; Brasil, 1995; UFAL & SES/AL, 1998.

Várias organizações externas ao conselho aparecem nas atas e nas falas dos entrevistados, com graus de articulação diferenciados, tais como: o Conselho Estadual de Saúde – CES/AL, através da secretaria executiva do CES/AL para palestra sobre a NOB-SUS/96; o Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/AL, quando a Comissão Bibartite é destituída⁵³ em 93, e com a participação do último secretário na diretoria do COSEMS/AL; a SES/AL, na realização da III e IV Conferências municipais de saúde; o NUSP/UFAL, na criação do CMS, assessoria nas oficinas de saúde, II Conferência; o Instituto do Meio Ambiente – IMA/AL, acionado por membro do conselho para investigar sobre mortandade de peixes no Rio Mundaú, a resposta não é dada; o Ministério Público, denúncia sobre desvios de recursos, resultado da ação popular ainda não foi apresentado.

De expressão mais pontual, o poder legislativo municipal aparece como aliado e como opositor. Tentou dificultar a aprovação da lei que regulamenta o conselho, mas aparece como aliado aproximadamente três (3) anos depois compondo comissão mista para interceder junto ao Hospital Ib Gatto Falcão.

As articulações internas aconteceram principalmente a partir das entidades que formam o próprio CMS. Foi relevante a movimentação que ocorreu no conjunto das associações comunitárias e entre os profissionais de saúde, no período de criação do conselho. Nesse intermédio, os freqüentes encontros de trabalhadores de nível médio da saúde contribuíram para o fortalecimento de uma intenção já existente pela organização sindical. Como já foi visto, o processo de discussão entre esses profissionais para a escolha dos conselheiros impulsionou a criação do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde de Nível Médio de Rio Largo (Informante-chave 2; R10/1^a). A criação do mencionado sindicato e o reconhecimento da sociedade local em relação ao Fórum das ONGS ocorrem no momento em que o contexto local conformava-se numa reorganização da estrutura de gerência de serviços públicos de saúde⁵⁴.

A capacidade de *articulação* e de *permeabilidade* do CMS foi observada, principalmente quando a agenda tratava de temáticas como: Poluição no Rio Mundaú, deficiência de saneamento básico e de abastecimento de água tratada, mau funcionamento do hospital público estadual e irregularidades na prestação de contas dos gastos com saúde.

⁵³ Episódio mencionado no Capítulo I.

⁵⁴ Interpretação a partir das fontes de dados desta pesquisa.

3.4.2 - Efetividade

Em relação à definição sobre *efetividade*, mencionada no capítulo II, entende-se que o CMS de Rio Largo consegue influir, em certa medida, na definição de ações da SMSRL. Embora essa capacidade tenha se apresentado em grau menor ou maior em diferentes momentos e até mesmo desaparecendo em outros. A análise das atas de reuniões ordinárias e extraordinárias, realizadas no período de setembro/93 a maio/98, foi a principal fonte de coleta de dados referentes às deliberações do CMS. Como foi apresentado nas considerações introdutórias sobre o plano de análise, o estudo do plano municipal de saúde e dos relatórios de gestão possibilitou a interpretação do pesquisador sobre a capacidade do CMS influir nas ações de governo. Quando surgiam, nas atas, temáticas que possivelmente não estivessem contempladas no plano ou no relatório, tentava-se preencher essas lacunas com as entrevistas, por exemplo, sobre as deliberações relacionadas à *organicidade* do conselho, que não são relacionadas nos referidos documentos.

Pela análise dessas atas, foi confirmado que o conselho deliberou sobre questões de diversas áreas suscitadas nas reuniões, desde decisões que garantissem a funcionalidade do órgão, decisões relacionadas aos serviços das unidades de saúde, como em torno de questões mais amplas, como ações de impacto ambiental.

Quanto à capacidade de influir nas ações do governo local, foram postas em elenco as seguintes decisões:

a) Área de organicidade do Conselho:

- Aprova o do Regimento Interno
- Elege o Presidente e o Secretário Geral do Conselho
- Aprova o funcionamento da Secretaria Executiva de Apoio Técnico e Administrativo
- Aprova comissões internas, nomeia membros e define plano de trabalho dessas comissões⁵⁵
- Garante transporte da SMS para o deslocamento dos conselheiros para as reuniões e visitas de acompanhamento e de fiscalização dos serviços

⁵⁵ A organização interna do CMS/RL contou com as seguintes comissões internas: Comissão de Fiscalização e Acompanhamento de Serviços, Comissão de Finanças, Comissão de Divulgação e Comissão de Ética. Ressalte-se que a Comissão de Ética surge na 2ª gestão do CMS. Não ficou claro nas atas qual o papel dessa comissão e apenas um entrevistado se referiu a ela, dizendo que não funcionou. O entendimento desse entrevistado em relação à Comissão de Ética é confuso, pareceu ser voltada para a SMSRL e não para o CMS.

Delibera sobre espaço físico para instalação do conselho, mantido pela SMS.

b) Área de organização da SMSRL e do sistema municipal de saúde:

- Delibera sobre a condição de gestão, conforme regras e recomendações da NOB-SUS/93, e, mais tarde, de acordo com a NOB-SUS/96
- Aprova funcionamento e credenciamento ao SUS de clínica pediátrica do setor privado
- Aprova transferência de AIHs do hospital público para clínica privada.

c) Área de ações curativas e de prevenção à saúde:

- Aprova a implantação dos seguintes programas: - Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS; Programa de Saúde da Família – PSF; Programa de Combate e Controle da Esquistossomose; além de ações emergenciais, incluindo atividades educativas para o controle da Dengue e da Cólera.

d) Área de ações de promoção à saúde:

- Ampliação do abastecimento de água
- Tratamento da água
- Mudança do local de destino final do lixo⁵⁶.

A leitura ordenada por data, das atas, possibilitou a visualização de características que mereceram análise. Foi verificado que, em geral, quando, numa reunião, o gestor aborda um assunto, na reunião seguinte, surge alguma denúncia relacionada ao mesmo assunto, situação ou serviço de saúde, suscitada por outro conselheiro, geralmente usuário ou trabalhador da saúde. Um exemplo: no período em que foi discutido sobre o credenciamento de uma nova clínica privada, especializada em atendimento infantil, aparecem, paralelamente, denúncias de irregularidades e descaso no atendimento a crianças no hospital público da cidade. São denúncias apresentadas por representantes dos usuários, onde uma delas resultou na formação de comissões internas para apuração da veracidade do fato.

Como já foi dito, em relação às decisões tomadas pelo CMS, relativas a encaminhamentos para sua organicidade, foram privilegiados os dados das entrevistas e das

⁵⁶ O principal local de destino do lixo era no conjunto Mutirão – próximo aos fundos do Hospital Ib Gatto, local onde foi averiguado a exposição de lixo hospitalar, sendo transferido para área da fazenda Boa Paz, próximo à margem do rio Mundaú; a coleta é feita pela Prefeitura Municipal.

atas. As deliberações sobre a estrutura organizacional do CMS foram implementadas, conforme relato dos respondentes. No entanto, o funcionamento da secretaria de apoio técnico e das comissões internas muda de características na evolução do período analisado. A partir do término da 1ª gestão, o CMS perde a referência da secretaria de apoio técnico e administrativo. Essa secretaria de apoio possibilitou a realização das oficinas de capacitação e dava suporte técnico. Permanecendo, apenas uma equipe de apoio administrativo.

(...) a gente tinha pessoas para nos apoiar, para orientar, a gente sabia com quem podia contar, principalmente nos momentos de dúvidas porque tudo era novo para todos, a linguagem não era fácil tinha muitas siglas (...) isso foi muito bom, fortalece (R11/1ª).

Na 2ª gestão, as comissões internas, Comissão de Fiscalização e Acompanhamento de Serviços, Comissão de Finanças, Comissão de Divulgação e Comissão de Ética, aparentemente funcionaram com deficiências. Como exemplo dessa suposição, um entrevistado relata:

Participo de duas comissões, uma de (...) que nunca se reuniu e a de finanças que acompanha as contas, analisa e apresenta para o conselho, esta funciona sem problemas, o secretário é transparente com o que é gasto (R7/2ª).

A Comissão de Finanças teve atuação importante na identificação de irregularidades na prestação de contas de 1996. Tais irregularidades foram levadas ao plenário do conselho, denunciadas em outras instâncias e resultaram numa representação coletiva, ação popular, contra o Prefeito junto ao Ministério Público. Mesmo não tendo o processo sido julgado até o primeiro semestre de 2000, o fato de encontrar-se em aberto impediu que o então prefeito reunisse critérios eleitorais para nova candidatura.

Atuamos, junto com o conselho de saúde e outras entidades do município, e através de apoio jurídico entramos com uma ação popular denunciando desvio de recursos do SUS, junto ao Ministério Público contra o governo Rafael Torres. (Informante-chave 1).

Ainda sobre esse trabalho, que se tornou mais relevante na comissão de finanças, outro entrevistado reforça:

Foi preparado um relatório da comissão de finanças, assinado pelos componentes da comissão sobre gastos da secretaria de saúde no ano de 1996. (...) o Ministério Público tem esse relatório, não sei se eles lembram desse relatório, nunca soube que tenha sido feito qualquer coisa, como está em aberto o 'prefeito' ficou impedido de se candidatar em 1998 (R17/1ª-2ª).

Outro conselheiro, em poucas palavras, atualiza o assunto dizendo que

(...) a secretaria fez a prestação de contas e o conselho não aceitou, (...) a administração atual [ano 2000] diz que a resposta está rolando na justiça, porque foi para o Tribunal de contas que encaminhou e está rolando para lá (R19/1^a e 2^a).

O exposto acima sugere que, do ponto de vista organizativo, o trabalho de análise de notas, movimentação financeira, enfim, o trabalho da Comissão de Finanças seja mais viável dessa forma, pois ficaria mais difícil identificar detalhes em meio a tantos documentos, caso fossem analisados numa reunião com todos os conselheiros. Além disso, o trabalho dessa comissão, após aprovação pelo conselho, levou a uma *articulação*, somando forças com outras organizações sociais (Informante-chave 1). Dessa forma, o que, a princípio, foi percebido como uma simples estrutura de organização interna, e até burocratização, parece ter provocado agilidade e minúcia num trabalho de fiscalização do uso do dinheiro público.

Citada com maior ênfase pela maioria dos entrevistados, foi Comissão de Fiscalização e Acompanhamento de Serviços, a *Comissão de Visitas*⁵⁷, que parece ter funcionado bem na 1^a gestão. Segundo a ata da reunião que aprovou o seu funcionamento, a comissão tem o papel de fiscalizar e acompanhar a execução dos serviços nas unidades de saúde públicas e privadas do sistema municipal. Ao serem abordados nas entrevistas sobre o acompanhamento aos serviços, um conselheiro respondeu que isso acontece com o “sistema de visitas”, assim se pronunciando: “*O sistema de visitas vem sendo posto em prática, desde o primeiro mandato (...). As visitas, a gente preferiu que fossem feitas sem aviso prévio aos postos de saúde (...)*” (R19/1^a e 2^a).

Outro entrevistado faz seu relato avaliando, e diz o seguinte:

(...) eu achei que com a criação do conselho a qualidade de saúde melhorou. Havia um respeito muito grande pelo conselho e até determinadas coisas que não estavam sendo bem cuidadas, eles passaram a ter mais cuidado. Tinha o Conselho para olhar a qualidade do serviço. (...) um relatório de visita que deu ‘um bolo desgraçado’, [um conselheiro saiu] denunciando um monte de coisa que (...) tinha visto. A enfermeira ficou apreensiva e no outro dia eu fui de propósito e estava tudo resolvido (R6/1^a).

Nas respostas relacionadas à pergunta sobre a relação do CMS com a SMS, especificamente sobre a aceitação dos servidores em relação ao conselho, foi identificado os

⁵⁷ Esta Comissão ficou conhecida como comissão de visitas pelo fato de que a sua principal atividade eram as visitas às unidades de saúde.

reflexos das visitas realizadas pelos conselheiros nas unidades de saúde. Os entrevistados colocaram que os funcionários dos postos de saúde não gostaram “*daquilo*”, sentiram-se “*vigiados*”, as respectivas chefias reclamaram ao secretário. A medida em que os trabalhadores da saúde não entendiam a função do conselho, não o reconheceu como um possível aliado. Evidencia-se, mais ainda, que a articulação que contribuiu para a formação do sindicato não tornou visível o papel do conselho. Mesmo que o entendimento ocorresse, certamente, a recusa existisse, pois representa mais um olhar sobre a qualidade do atendimento ao cidadão.

Quanto às deliberações relacionadas à organização da entidade gestora da saúde local e do sistema, as propostas eram sempre apresentadas pelo gestor, que conseguia aprová-las. As atas ilustram que, quando havia algum impasse, a votação não era encaminhada, ficando para *amadurecer* o assunto em outra oportunidade, sendo então aprovado em reunião seguinte, na maioria das vezes em reunião extraordinária. Ficou evidente esse comportamento no episódio de não aprovação para mudança do tipo de gestão, conforme critérios da Norma Operacional Básica de 1996 – NOB-SUS/96. Nesse caso, a SMSRL passaria de *gestão incipiente* para *gestão plena de atenção básica*. Foi a única exceção detectada de não aprovação de proposta vinda do gestor. Vale frisar que ele não estava presente na referida reunião, mas, conforme depoimento⁵⁸ de entrevistado, logo que tomou conhecimento do resultado convocou uma reunião extraordinária e nela conseguiu reverter a decisão anterior, aprovando sua proposta, conforme consta em atas. (Atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS, realizadas em 01/07/97, 15/07/97 e 18/08/97).

Outro exemplo de hegemonia do gestor, embora mais diluído, ocorre com a aprovação de funcionamento e credenciamento ao SUS de uma clínica pediátrica do setor privado. A controvérsia durou de fevereiro a abril de 1994. (Atas de reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas em 09/02/93, 21/02/94, 01/03/94, 05/04/94).

O estudo do plano municipal de saúde e dos relatórios de gestão evidenciou que as deliberações do CMS a respeito da organização do sistema municipal de saúde foram contempladas nesses documentos.

As ações curativas e de prevenção à saúde são aprovadas sem grande esforço pelo propositor, majoritariamente o próprio secretário. Em raros casos, as propostas partiam

⁵⁸ Esta entrevista não foi gravada por opção do conselheiro.

da equipe técnica, as quais antes de serem apresentadas aos conselheiros já tivessem recebido o aval do gestor. (R1/1^a; R2/1^a; R1/2^a).

As deliberações dessa área também foram contempladas no plano e nos relatórios, ou seja, foram incluídas no planejamento das ações da SMSRL e implementadas. Sobre essa agenda temática aparecem nas atas posicionamentos que partem de usuários e de trabalhadores, embora em geral não são formulados como proposição, não é encaminhada a apreciação. Caracterizam-se como denúncia ou como solicitação. No último caso, as atas registram as frases ditas pelos gestores: “*vai ser difícil*”, “*não tenho recurso*”, ou então “*vou ver o que posso fazer por você*” (extraídas de várias atas).

As questões relacionadas ao abastecimento e ao tratamento de água, encaminhadas pelo CMS, surgem nas atas como propostas do segmento dos usuários, aparecem no plano como objetivo a ser atingido, mas não existem no plano de metas. Apesar de terem sido uma das conquistas do conselho de Rio Largo, não constam nos relatórios de gestão por não se tratar de uma ação que não está sob sua influência direta⁵⁹. Quanto ao destino do lixo, também não aparece nos documentos citados, mas foi localizado como uma ação de governo em relatório de atividade (Rio Largo, 2000). A execução dessa deliberação do CMS foi também verificada na fala de um conselheiro quando foi perguntado sobre as possíveis lutas e conquistas do conselho.

Como conquista do conselho eu acho que foi a água, que melhorou a qualidade... e o problema do lixo que é uma briga antiga, desde o começo do conselho. O cheiro ia longe, e era uma pena aquele povo do mutirão perto daquele lixo. Agora fica mais distante, ainda é em céu aberto, mas fica perto da [usina] Santa Clotilde. R4/2^a).

A temática do destino final do lixo aparece nas falas e nas últimas atas como idealização dos conselheiros usuários, e de seus aliados, como o Conselho da Criança e do Adolescente, mais especificamente das representações das associações comunitárias. Contudo, há registro em atas de que um aterro sanitário aparece como meta de governo para o primeiro semestre de 1994, não sendo nada encaminhado.

Observou-se que o CMS tem um certo grau de influência sobre a gestão dos serviços. No entanto, grande parte das deliberações são resultado de propostas dos gestores, que expressaram, nas intervenções nas reuniões, o poder técnico, administrativo e político,

⁵⁹ O abastecimento e o tratamento da água em Rio Largo é de responsabilidade da Companhia de Abastecimento e Saneamento do Estado de Alagoas – CASAL.

exercendo sua hegemonia com a aprovação de suas proposições. A participação do secretário municipal de saúde como conselheiro, representando a SMS, parece, em termos, mascarar nas reuniões a sua posição, principalmente quando ele não é o presidente do conselho⁶⁰. A propósito, apenas no primeiro ano, 93/94, o secretário é eleito presidente, daí por diante são eleitos como presidente conselheiros usuários. Respectivamente, foram eleitos um representante de associação comunitária – 1994/1996, um representante da igreja católica – 1996/1997 e 1997/1998 - e outro líder de associação comunitária – 1998/1999 e 1999/2000). O comportamento dos conselheiros pareceu ter uma atuação em geral *passiva* ou *reativa* em relação ao gestor. Mas, exceções ocorreram, houve momentos que usuários e/ou aliados dos usuários tornaram-se *ativos*, sujeitos na construção do sujeito coletivo.

⁶⁰ Cada período de gestão do CMS de Rio Largo tem duração de dois (02) anos, sendo que o período de mandato do Presidente é de um (01) ano, conforme seu regimento interno (Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo, 1994).

Discussão e Conclusões

Face à trajetória histórica do sistema de saúde brasileiro, sua conformação atual coloca em cena um desafio: ocupar um espaço já conquistado e legitimado juridicamente. Não parece ser suficiente a legislação federal como condição para garantia da participação da comunidade no Sistema Único de Saúde – SUS. É necessário que essa participação seja também legitimada através de instrumentos legais nos níveis federal, estadual e municipal. A forma como a participação vai se expressar no nível municipal parece ter relação com os *nexos* do seu contexto social e político e particularmente do nível local. O estudo realizado sobre o conselho municipal de saúde de Rio Largo (AL) faz pensar em dois atores principais que interagem: um que parece estar “acima” do conselho, e outro que pode estar “por trás” deste. Os dois atores, nas inter-relações do Conselho Municipal de Saúde – CMS - de Rio Largo, parecem representar duas forças antagônicas, o gestor, que representa o governo, e outras organizações sociais da sociedade civil local.

Outros trabalhos, referenciados, sobre o mesmo tema consideram que os conselhos de saúde constituem um potencial de interferência no poder decisório. São canais de participação social que podem se concretizar numa força social, somando-se a outras *mediações complexas*, como citou Faleiros (1992), na perspectiva da democratização da sociedade. O conselho municipal de saúde de Rio Largo (AL), em determinadas situações, expressou-se num potencial de força social. Isso foi percebido, quando esse conselho contou com aliados, como o Fórum das organizações não-governamentais do município.

A ocupação dos espaços no CMS pelas representações dos usuários do SUS remete a pensar na possibilidade destes exercerem poder de influência na conformação da política de saúde local. Este estudo indica que a presença de representações das organizações sociais, sindicatos, associações comunitárias, movimento estudantil, igrejas e de outros grupos sociais e reivindicativos, deve ser persistente, propositiva e atenta às respostas as suas demandas. Dada à qualidade de representações, produto da conformação da realidade social, essa possibilidade de influir no governo, também lugar de conflitos sociais, ainda é dependente da presença de técnicos vinculados à proposta de democratização do saber. Diante de um espaço de deliberação cuja linguagem dificulta qualquer intervenção de representantes

das camadas populares, mesmo que sejam possuidores de um “poder popular”, faz-se necessário à inter-relação com um poder técnico, o *poder saber* (Testa, 1995; 1996).

O distanciamento que, em geral, se estabelece entre saber técnico e saber popular, o último é o que realmente *sente*, poderá ser amenizado, não dizer resolvido, se o saber técnico também *sentir*; assumindo o papel do intelectual orgânico que *sabe* e que *sente*, citado por Gramsci. As representações, dos usuários, deveriam caracterizar-se como interlocutores político-ideológicos, capazes de favorecer a retroalimentação à sua base, na perspectiva de, no mínimo, desencadear o seu processo de exercício de cidadania na arena política. Portanto, assumindo características diferentes do líder comunitário cujo poder representativo é delegado pela sua base por este “fazer tudo por ela”; ou melhor, das lideranças que se revestem de uma postura política *corporativista e clientelista* (Demo, 1999).

A participação social na gestão da saúde pública, apesar de garantida legalmente, ainda constitui um enfrentamento. As informações, quando chegam para a população e para suas representações sociais, são insuficientes e, por vezes, distorcidas. Formar, educar e informar os movimentos da sociedade para o controle social do SUS significa superar barreiras que existem na conjuntura social e que não dependem somente do setor saúde - o analfabetismo, a burocracia exagerada, a falta de transparência nos órgãos e instituições públicas, bem como a pouca consciência de cidadania, e política, da população.

A contribuição do setor saúde para ampliar os direitos democráticos pode ser feita com a consolidação dos espaços de participação social para a fiscalização, controle e decisão dos rumos da gestão dos serviços de saúde.

O conselho municipal de saúde de Rio Largo tem, como papel a desempenhar, definir e acompanhar as ações de saúde do sistema local, conforme diz sua legislação. Pode influir no quanto e em que devem ser gastos os recursos da saúde. Isso condiciona que as representações componentes do conselho tenham conhecimento sobre as necessidades da população e sobre a capacidade de resposta do órgão gestor e demais níveis de governo. Neste estudo, foi visto que, em geral, as denúncias, solicitações e proposições, quando demandadas por conselheiro, excluindo o gestor, não foram cobradas nas reuniões seguintes, observado em falas e em atas. Isso parece revelar a pouca consciência e empenho dos conselheiros.

As denúncias, embora por vezes tivessem aparência contundente, na sua maioria, perderam-se no tempo e caíram no vazio. Foram registradas nas atas por terem sido apresentadas nas reuniões, mas não ultrapassam esse limite. As respostas prometidas, não são

cumpridas e também não são cobradas. Daí a indagação: a não avaliação das denúncias é resultado do perfil do grupo social ou se o objetivo seria a denúncia por ela mesma. Seja qual for a situação, parece ser um sintoma da deficiência quanto ao exercício do papel do conselheiro que vai além da fiscalização e da denúncia.

A questão de que a denúncia não gere uma intervenção indica uma falha no entendimento dos conselheiros no sentido de que poderiam interferir na modificação da situação em questão. Indica também uma limitação dos conselheiros em perceber os fluxos e os *nexos* da estrutura do governo local e do sistema de saúde. Os conselheiros “são chamados” para participar, para ocupar um espaço que é deles, e não sabiam para que serve, e nem sequer que existia; um espaço que o Estado “abriu” para ser fiscalizado e monitorado pelas organizações sociais. As denúncias aparecem com frequência nas atas e são citadas em algumas entrevistas como ação do CMS. Esta referência é feita por conselheiros que, por um lado, manifestam suas limitações e, por outro, revelam uma satisfação em denunciar, tornar pública as falhas do sistema de saúde, pois anteriormente nem mesmo um espaço de denúncia eles possuíam, alguns entrevistados relataram que antes *era um sistema muito fechado* e que agora ao menos *ficam sabendo das coisas*.

A propósito, se Demo (1999) diz que participação é conquista, como caracterizar o conselho municipal de saúde de Rio Largo, que se constituiu verticalmente, como conquista? Diante da contextualização da sua formação verticalizada, o que parece ser semelhante aos demais conselhos de saúde, apoiando-se no quadro teórico descrito, é possível pensar que poderia vir a ser espaço de participação social, mesmo sem ter sido conquistado. Merecendo um *olhar* que favoreça o seu fortalecimento, na perspectiva do controle das organizações sociais sobre o que é público, sobre o que é do povo, no sentido de Carvalho (1999).

As propostas e as votações do conselheiro devem representar os interesses da sua base, com o compromisso de deixá-la sempre informada. Essa capacidade de retroalimentação foi uma limitação observada no caso estudado.

A partir das análises feitas depreendeu-se que, para um desempenho eficaz do CMS, os conselheiros devem ser preparados, no mínimo, acerca do seu papel e de como funciona o SUS. As siglas e a linguagem técnica do setor saúde dificultam a participação dos usuários, “chamados” a ocupar um espaço que não conquistavam, e nem sequer sabia de sua existência. Enfim, a legislação garante a legitimidade. Os conselhos são criados e parece que crescem órfãos; percebe-se a ausência de uma base de sustentação política e ideológica,

embasada nos princípios do SUS e na contextualização das proposições do movimento sanitário. Aparentemente essa situação é reflexo da conformação da reforma sanitária, que, brasileira, que diferente da italiana, ocorreu verticalmente, como disse Escorel (1998) foi uma *reforma por cima*.

Longas discussões em torno da *sede*, como aconteceu em Rio Largo, podem levar ao esquecimento de questões mais gerais e relacionadas à melhoria das condições sanitárias do município. Aparentemente pode significar um traço de estruturação inicial de uma organização, mas a ênfase dada por esse conselho a questões que, a princípio, o burocratiza, manifesta-se no privilégio da sua organicidade em detrimento da luta. O apoio de espaço físico, de material didático e bibliográfico, dentre outros, poderia ser encontrado nas próprias organizações sociais que compõem o conselho, se elas tivessem capacidade para oferecer esse suporte.

Quanto a efetividade, verificou-se que o conselho municipal de saúde exerceu influência nas ações da secretaria municipal de saúde de Rio Largo, deliberando quanto as ações a serem desenvolvidas e fiscalizando a execução destas. Mas, as decisões são originadas de proposições do gestor local, que exerce o seu poder de hegemonia, aprovando no plenário suas propostas. Mesmo quando se observa alguma deliberação resultante de uma denúncia, viu-se que as denúncias aparecem como reação de questões levadas pelo gestor. A interpretação das informações disponíveis leva a considerar que os conselheiros tiveram uma atuação reativa em relação ao gestor. Essa reação surge em reunião subsequente àquela em que o gestor suscita temas, podendo também demonstrar algum nível de reflexão dos conselheiros, ou até mesmo produto de discussão que viessem estabelecendo com suas bases, mas isto não pode ser confirmado.

Observando a representatividade das organizações que compõem o conselho, pareceu estranho o assento de sindicatos que funcionam sem finalidade de luta sindical. É o caso do sindicato de *aposentados e pensionistas* da fiação e tecelagem, embora representem parcela de usuários. Tanto que, apesar da tentativa do Fórum das Organizações Não-governamentais do município em excluir essa representação do conselho com apresentação desta proposta na IV Conferência municipal de saúde, este sindicato e seus aliados expressaram potencial político com a sua permanência.

Este trabalho encontrou dificuldade na análise dos relatórios de gestão, uma das fontes de dados, pela sua característica peculiar de apresentar informações insuficientes. Havendo diferenças nos tipos de informações em cada um deles. Alguns privilegiaram

informações orçamentárias, outros optaram por demonstrar atividades realizadas pela secretaria municipal de saúde, embora tais características reflitam a evolução de estruturação da secretaria municipal de saúde.

O propósito foi entrevistar todos os conselheiros do período delimitado. Das entrevistas planejadas, algumas não se realizaram, e isso parece ser uma repercussão da conjuntura política de Rio Largo (AL). O sentimento de mágoa pareceu estar presente nas entrelinhas das falas dos conselheiros que recusaram participar da pesquisa. Aproximadamente um terço das entrevistas resultou em falas curtas com pouco conteúdo e demonstrando insegurança nas respostas. Certamente isso não se revelou em prejuízo para a pesquisa, visto que a análise privilegiou as falas mais relevantes.

Foi um desafio definir o plano de análise, tratando-se de um estudo qualitativo. A opção pelo entrelaçamento das fontes de dados contribuiu para o preenchimento de lacunas que foram encontradas em algumas destas fontes, ou seja, quando determinados dados não eram localizados numa fonte, buscava-o em outra. Levando-se em conta a complexidade do tema e suas interfaces, o movimento dinâmico entre as fontes de dados foi apropriado – das falas para as atas, das atas para o plano, do plano para os relatórios, numa interação dinâmica. Acredita-se que este modelo possa contribuir para análises semelhantes que outros pesquisadores possam fazer sobre funcionamento de conselhos.

Os limites de interferência do CMS no sistema de saúde, em Rio Largo - AL, parecem estar colocados pela escassa compreensão dos conselheiros sobre o seu papel, pela fragilidade das suas representações, por eleger, como prioridade, a sua organicidade em detrimento das questões sanitárias, e, ainda por se limitar, em boa parte das situações, em legitimar as ações do gestor.

As possibilidades se afirmaram através das suas interações com outros atores. O que representou, num certo momento, a capacidade de articulação desse conselho com outras forças sociais, se bem que esta articulação não influenciou diretamente na gestão do SUS. Interações desse tipo podem levar ao amadurecimento da consciência sanitária e de cidadania desse conselho municipal de saúde. Por extensão, pode-se inferir que essa situação não seja isolada no município de Rio Largo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-

AGUILERA, C. E.; BAHIA, L. A história das políticas de saúde no Brasil. In: Temas de Políticas de Saúde - **Cadernos Didáticos UFRJ**, n.6, 1993.

ARAÚJO, Maria Magdala Vasconcelos de **As Políticas públicas de saúde em um estado periférico- O caso de Alagoas**. Rio de Janeiro, 1994, 235p. Dissertação de Mestrado (Programa de Mestrado de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro).

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde - ASPLA. Maceió, 1999a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde – ASPLA; UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – Núcleo de Saúde Pública. **Projeto de Microrregionalização das ações de saúde no Estado de Alagoas**. Maceió, 1999b.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Lei Federal 8080/90.

_____. Ministério da Saúde. Declaração de Enquadramento/MS, de 14/12/93.

_____. Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília,

_____. Guia de referências para criação de Conselhos Municipais de Saúde. Brasília, 1993.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. IEC/NESP. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS – Textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Projeto Nordeste. Informação, Educação e Comunicação - IEC. **Resultado da pesquisa avaliação do funcionamento dos conselhos estadual e municipal de saúde**. IBAM / IMS-UERJ / NESC-CE/ NESC/CPqAM/FIOCRUZ-PE / NESCO-UFMG / NESS-BA: IEC/PNE/SE. Brasília, 1995.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96. Brasília, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. O processo de organização da gestão da assistência à saúde. Relatório da **Secretária de Assistência à Saúde**. Brasília, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Segundo relatório sobre o processo de organização da gestão da assistência à saúde. **Secretária de Assistência à Saúde**. Brasília, 1996c.

CANESQUI, Ana Maria. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.

CAMPOS, Gastão Wagner S. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. **Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde**. v.2, Brasília, 1992.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 1994, 163 p. (Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ, 1994).

CAVALCANTE, Margarete Pereira. **Participação social na gestão do SUS em Maceió – Um estudo de caso**. João Pessoa, 1998, 125p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal da Paraíba.

CAVALCANTI, Sônia Maria Souza. **Notas sobre a evolução da organização sanitária no Brasil**. Maceió: NUSP/UFAL, 1993.

CAVALCANTI, Sônia Maria Souza, et. al. **A relação sociedade civil organizada/Estado e a experiência do Núcleo de Saúde Pública em Alagoas com participação e controle social enquanto conquista de cidadania**. Maceió: NUSP/UFAL, 1995.

_____. **Microrregionalização das ações de saúde no Estado de Alagoas: Um novo paradigma no modelo de assistência a saúde**. Maceió, 2000, mimeo

COHN, Amélia. Saúde e cidadania: Análise de uma experiência de gestão local. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). **Política de Saúde: O público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p.315-327.

CONILL, Eleonor Minho; BRAVO, Maria Inês S.; COELHO, Franklin Dias. Políticas públicas e estratégias urbanas: o potencial político dos Conselhos de Saúde na construção de uma esfera pública democrática. **Serviço Social e Sociedade**, n.49, ano XVI, p.98 - 116. São Paulo: Cortez, 1995.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, et. al. **Saber preparar uma pesquisa - definição, estrutura, financiamento**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO. 2. ed. 1997

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle social sobre a política de saúde e seus recursos – O Conselho Municipal de Saúde de Santana do Ipanema e o Fundo Municipal de Saúde**. Recife, 1997. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. 2. ed., Rio de Janeiro: Campus, 1992.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 1999.

DESLANDES, Suely Ferreira, et. al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Cecília de Souza Minayo (org.). 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

DIAS, Rosinha Borges. Algumas considerações sobre o processo de participação. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n.4, p. 75-78, dez/80, 1980.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p. 8-19, abr./jun., 1992.

ESCOREL, Sarah. Projeto Montes Claros – Palco e bandeira de luta, experiência acumulada do movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (org.). **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 129-164.

_____. **Reviravolta na Saúde** – origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

EVANS, John. **Medicion i gestion de los servicios médicos y sanitários**. Fundacion Rockefeller. New York, 1982.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O Trabalho da Política: Saúde e Segurança dos Trabalhadores**. São Paulo : Cortez, 1992, CAP. I, p. 35-75, “As Políticas de Segurança no Trabalho e de Saúde do Trabalhador no Estado Liberal”.

FLEURY, Sônia (org.). História das políticas de saúde no Brasil: antecedentes da reforma sanitária. Rio de Janeiro, ENSP, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GRAMSCI, Antonio. **Maquiavel, a Política e o Estado Moderno**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa** - Um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo de 1992

JORNAL GAZETA DE ALAGOAS, 16/07/94.

JORNAL GAZETA DE ALAGOAS, 12/10/99.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Gerência dos serviços de saúde. **Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde**. v. 1,. Brasília, 1992.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; INOJOSA, Rose Marie. A gestão de serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficácia. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p. 20-31, abr./jun. 1992.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário** - O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

_____. O planejamento local da vigilância da saúde no distrito sanitário. In: **Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário**. Brasília: OPS, 1994, p. 7-18.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa e saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1992.

_____. Cultura: Tradição e contradição – Uma contribuição da Antropologia para se pensar educação e saúde. In: MELO, J. A. C. (org.) **Educação: Razão e Paixão**. Rio de Janeiro: ENSP, 1993, p. 43-50.

RAMOS, Célia Leitão. Conselhos de saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). **Política de Saúde: O público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p. 329-362.

ROS, Marco Aurélio da. **Um drama estratégico: o movimento sanitário e sua expressão num município de Santa Catarina**. Rio de Janeiro, 1991, 327 p. (Dissertação de Mestrado. ENSP).

SADER, Eder. **Quando os novos personagens entram em cena: Experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-80**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SILVA, Nádia Rodrigues; MOURA, Tereza Cristina Vidal de N. Organizações não-governamentais e movimentos sociais populares em Alagoas. **Série Apontamentos**, n.17, Maceió: EDUFAL, 1997.

SILVA, Ivone Maria Ferreira da. Os Conselhos de saúde no contexto da transição democrática: um estudo de caso. **Serviço Social e Sociedade**, n.55, ano XVIII, p. 156 - 173. São Paulo: Cortez, 1997.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. Florianópolis/São Paulo: Ed. da UFSC/CORTEZ, 1995. 281 p.

SOUZA, Maria Luiza de. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 1999. 231 p.

SPINELLI, H. G. Uma tentativa de leitura comparada das obras de Carlos Matus e Mario Testa. In: **Planejamento estratégico situacional em saúde**. Rio de Janeiro, PEC-ENSP Fiocruz, 1988, p. 42-52.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n.4, p.366-378, out./dez., 1992.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226 p.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação - o caso da saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. 306 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL. Núcleo de Saúde Pública; ALAGOAS. SES/AL - Secretaria de Estado da Saúde. Divisão de Informação, Educação e

Comunicação. **Relatório da Pesquisa de avaliação de impacto do projeto de incentivo à participação popular e ao controle social no SUS.** Maceió, 1998.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. Participação popular e saúde. **Coleção Saúde e Educação.** CDDH/CEPEL. 2a. ed. Petrópolis, 1992.

WENDHAUSEN, Águeda. **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde.** Florianópolis, 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, UFSC.

2- Fontes da pesquisa documental

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendações para a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.** Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO LARGO. Rio Largo/AL. **Ata da reunião com membros indicados para formação do conselho municipal de saúde de Rio Largo, realizada em 19/08/93,** [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO LARGO. Rio Largo/AL. **Regimento Interno.** Rio Largo, estado de Alagoas, 1994.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO LARGO. Rio Largo/AL. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 27/09/93,** [s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 05/10/93,** [s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 09/11/93,** [s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 07/12/93,** [s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 04/01/94,** [s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 01/02/94,** [s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 01/03/94,** [s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 05/04/94,** [s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 10/05/94,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 07/06/94,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 05/07/94 ,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 09/08/94,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 06/09/94,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 11/10/94,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 01/11/94,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 06/12/94,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 10/01/95,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 07/02/95,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 07/03/95,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 07/06/95,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 05/07/95,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 02/08/95,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 04/10/95,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 11/01/96,**
[s.p.].

_____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 15/02/96,**
[s.p.].

- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 07/05/96,**
[s.p.].
- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 02/07/96,**
[s.p.].
- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 06/08/96,**
[s.p.].
- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 03/09/96,**
[s.p.].
- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 15/10/96,**
[s.p.].
- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 05/11/96,**
[s.p.].
- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 04/12/96,**
[s.p.].
- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 04/02/97,**
[s.p.].
- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 04/03/97,**
[s.p.].
- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 01/04/97,**
[s.p.].
- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 06/05/97,**
[s.p.].
- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 03/06/97,**
[s.p.].
- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 01/07/97,**
[s.p.].
- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 05/08/97,**
[s.p.].
- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 02/09/97,**
[s.p.].
- _____. **Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 10/10/97,**
[s.p.].

_____. Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 04/11/97, [s.p.].

_____. Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 02/12/97, [s.p.].

_____. Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 06/01/98, [s.p.].

_____. Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 03/02/98, [s.p.].

_____. Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 05/03/98, [s.p.].

_____. Ata de reunião ordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 07/04/98, [s.p.].

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO LARGO. Rio Largo/AL. Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 14/10/93, [s.p.].

_____. Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 25/11/93, [s.p.].

_____. Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 09/02/94, [s.p.].

_____. Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 21/02/94, [s.p.].

_____. Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 09/03/94, [s.p.].

_____. Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 18/05/94, [s.p.].

_____. Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 11/08/94, [s.p.].

_____. Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 28/08/94, [s.p.].

_____. Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 11/11/94, [s.p.].

_____. Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 28/11/94, [s.p.].

_____. Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 14/02/95, [s.p.].

_____. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 23/03/95, [s.p.].**

_____. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 14/09/95, [s.p.].**

_____. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 11/10/95, [s.p.].**

_____. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 15/02/96, [s.p.].**

_____. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 15/08/96, [s.p.].**

_____. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 20/03/96, [s.p.].**

_____. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 16/04/96, [s.p.].**

_____. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 20/06/96, [s.p.].**

_____. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 21/02/97, [s.p.].**

_____. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 22/05/97, [s.p.].**

_____. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 17/06/97, [s.p.].**

_____. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 15/07/97, [s.p.].**

_____. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 15/07/97, [s.p.].**

_____. **Ata de reunião extraordinária do CMS de Rio Largo, realizada em 19/05/98, [s.p.].**

RIO LARGO. Secretária Municipal de Saúde. Projeto de Organização do Sistema Municipal de Saúde de Rio Largo. Rio Largo, estado de Alagoas, 1992.

_____. **Relatório do II Conferência Municipal de Saúde de Rio Largo. Rio Largo, estado de Alagoas, 1993.**

- _____. **Projeto para implantação do programa de saúde mental em Rio Largo.** Rio Largo, estado de Alagoas, 1993b.
- _____. **Programação de atividades.** Rio Largo, estado de Alagoas, 1993c.
- _____. **Relatório do seminário interno sobre a organização da estrutura administrativa - 1994.** Rio Largo, estado de Alagoas, 1994a.
- _____. **Programação anual de atividades.** Rio Largo, estado de Alagoas, 1994b.
- _____. **Relatório de Gestão – 1993.** Rio Largo, estado de Alagoas, 1994c.
- _____. **Programação anual de atividades.** Rio Largo, estado de Alagoas, 1995a.
- _____. **Relatório de Gestão – 1994.** Rio Largo, estado de Alagoas, 1995b.
- _____. **Plano Municipal de Saúde – 1997 a 2000.** Rio Largo, estado de Alagoas, 1997a.
- _____. **Relatório de Gestão – 1996.** Rio Largo, estado de Alagoas, 1997b.
- _____. **Relatório de Gestão – 1997.** Rio Largo, estado de Alagoas, 1998a.
- _____. **Plano municipal de combate as carências nutricionais.** Rio Largo, estado de Alagoas, 1998b.
- _____. **Construindo uma comunidade saudável – IV Conferência Municipal de Saúde. Relatório final.** Rio Largo, estado de Alagoas, 1998c.
- _____. **Relatório Final da IV Conferência Municipal de Saúde – Construindo uma comunidade saudável.** Rio Largo, março de 1998d.
- _____. **Relatório de Gestão – 1998.** Rio Largo, estado de Alagoas, 1999.
- _____. **Relatório das atividades desenvolvidas – Janeiro/97 a dezembro/99.** Rio Largo, estado de Alagoas, 2000.

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Para os membros do Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo - AL

1ª Parte (IDENTIFICAÇÃO)

- 1 - Nome do Entrevistado:
- 2 - Segmento que representa:
- 3 - Organização que representa:

2ª Parte (MANDATO)

- 1 - Qual o período em que o senhor(a) exerceu a função de Conselheiro de Saúde? (Início e fim do mandato).
- 2 - De que forma o(a) senhor(a) se tornou Conselheiro? Descreva sobre como foi esse processo.

3ª Parte – (FUNCIONAMENTO DO CONSELHO)

- 1 - Como eram as reuniões do Conselho Municipal de Saúde?
- 2 - Nas reuniões ocorria a participação de outras organizações que não compõem o Conselho? Quais?
- 3 - Existia algum tipo de relação do Conselho com a população? Como era isto? O Conselho possui mecanismo próprio de comunicação direta com a população em geral? E sobre sua relação com as pessoas que representa?

4ª Parte (SITUAÇÃO DE SAÚDE)

- 1 - Como o(a) senhor(a) vê a situação de saúde do município antes da criação do Conselho?
- 2 - E antes de sua participação no Conselho? Como eram as condições de saúde da população?
- 3 - Atualmente como o senhor(a) considera as condições de saúde do município?
- 4 - Diante das condições de saúde de seu município como o senhor(a) considera a atuação do Conselho Municipal de Saúde?

5ª Parte (ATUAÇÃO)

- 1 - Durante seu mandato observou ações do Conselho?
 - É possível listar algumas?
 - Quais apontaria como as mais importantes do Conselho?
 - Quais apontaria como as mais importantes do Conselho que levariam à melhoria da situação de saúde da população?
- 2 - O Conselho acompanha as contas da Secretaria Municipal de Saúde?
 - Caso a resposta seja negativa pergunta-se: Porquê?
 - Caso a resposta seja positiva pergunta-se: De que forma isto acontece?
- 3 - O Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo acompanha os serviços oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde?
 - Caso a resposta seja negativa pergunta-se: Como você vê isto?

- Caso a resposta seja positiva pergunta-se: Como ocorre este acompanhamento e em que periodicidade?
- 4 - No seu ponto de vista quais as principais lutas e conquistas do Conselho?

6ª Parte (FORMAÇÃO)

- 1 - Durante seu mandato houve alguma atividade de capacitação dos Conselheiros?
Quantas atividades foram desenvolvidas, quais os temas tratados e qual a metodologia utilizada?
- 2 - O(a) senhor(a) acredita que houve algum reflexo das atividades de capacitação na atuação do Conselho de Saúde?
- 3 - No seu ponto de vista qual o papel a ser desempenhado pelo Conselheiro?
- 4 - Quais as dificuldades enfrentadas pelo Conselho quanto ao cumprimento do seu papel?

7ª Parte (RELAÇÕES EXTERNAS)

- 1 - Como se estabelece a relação do Conselho com a Secretaria Municipal de Saúde (Secretario e Equipe Técnica)?
- 2 - Que tipo de relação o Conselho possui com o Prefeito do município?
- 3 - O Conselho possui alguma relação com o poder legislativo? Como isto ocorre?
- 4 - Apontaria alguma organização social, dentro e fora do município, como aliado do Conselho? Qual(is)?
- 5 - Alguma organização social tem atrapalhado a atuação do Conselho? Qual(is)?

8ª Parte (RELAÇÕES INTERNAS)

- 1 - O(a) senhor(a) tem observado a existência de grupos divergentes e/ou aliados dentro do Conselho?
- 2 - Como o(a) senhor(a) situa a organização que representa dentro do Conselho Municipal de Saúde, em relação às outras organizações?
- 3 - Qual a principal força dentro do Conselho Municipal de Saúde?

9ª Parte (RELAÇÕES COM O GESTOR)

- 1 - As deliberações do Conselho são executadas pela Secretaria Municipal de Saúde? Quais e em que circunstâncias isto aconteceu? Fale um pouco sobre isso.
- 2 - Diante da situação de saúde do município como o senhor(a) vê o funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde?

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Para os secretários municipais de saúde de Rio Largo - AL

1ª Parte (IDENTIFICAÇÃO)

- 1 - Nome do Entrevistado:
- 2 - Formação Profissional:
- 3 - Quais cargos o senhor já ocupou?

2ª Parte (ATUAÇÃO)

- 1 - Quando o senhor exerceu (ou desde quando exerce) o cargo de secretário?
- 2 - Como o senhor descreve sua escolha para o cargo?
- 3 - Como foi elaborado o Plano Municipal de Saúde?
- 4 - Quais as áreas priorizadas pela Secretária na sua gestão?
- 5 - Quais as principais dificuldades que o senhor aponta na sua gestão? De que forma procurou superá-las?
- 6 - A SMS recebeu os recursos previstos na Lei do FMS?

3ª Parte (RELAÇÕES EXTERNAS)

- 1 - Como foi a relação da SMS com outras secretárias ou repartições do município?
- 2 - O que o senhor acha do COSEMS - AL? Como foi a sua relação com o COSEMS - AL?
- 3 - O Prefeito tem conhecimento sobre o Conselho?

4ª Parte (SOBRE A RELAÇÃO COM O CONSELHO):

- 1 - O que o senhor acha do caráter do CMS?
- 2 - O CMS é uma instância representativa?
- 3 - Durante a sua gestão o CMS ajudou ou atrapalhou?
- 4 - O senhor acredita que existem divergências de opiniões dentro do CMS? De que forma isto se expressa? As divergências aparecem individualmente ou em blocos?
- 5 - Os seus aliados atuam de modo decisivo na aprovação de suas propostas? Quem são eles?
- 6 - Como o senhor agiu nos momentos em que o CMS tomou deliberações que o desagradava?
- 7 - Em que situação o(a) Senhor(a) convoca, e em situação não convoca o CMS?
- 8 - Como foi discutido o orçamento da SMS? O CMS influenciou na sua elaboração?
- 9 - O CMS tem entendimento do funcionamento do FMS?
- 10 - Na sua opinião o CMS influencia na situação de saúde do município?
- 11 - Durante o período que o(a) senhor(a) assumiu o cargo de Secretário(a) houve alguma atividade de capacitação dos Conselheiros?
- 12 - O Conselho teve apoio da SMS na sua gestão? De que tipo?