

Meire Núbia Santos de Santana

# Controle SOCIAL na política de saúde:

um estudo sobre o município de Ilhéus

Controle  
**SOCIAL**  
na política  
de **saúde:**

um estudo sobre o município de Ilhéus



## **Universidade Estadual de Santa Cruz**

---

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA  
RUI COSTA - GOVERNADOR

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO  
OSVALDO BARRETO FILHO - SECRETÁRIO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ  
ADÉLIA MARIA CARVALHO DE MELO PINHEIRO - REITORA  
EVANDRO SENA FREIRE - VICE-REITOR

---

DIRETORA DA EDITUS  
RITA VIRGINIA ALVES SANTOS ARGOLLO

Conselho Editorial:

Rita Virginia Alves Santos Argollo – Presidente  
André Luiz Rosa Ribeiro  
Andrea de Azevedo Morégula  
Adriana dos Santos Reis Lemos  
Dorival de Freitas  
Evandro Sena Freire  
Francisco Mendes Costa  
Guilhardes de Jesus Júnior  
José Montival de Alencar Júnior  
Lúcia Fernanda Pinheiro Barros  
Lurdes Bertol Rocha  
Nelson Dinamarco Ludovico  
Rita Jaqueline Nogueira Chiapetti  
Samuel Leandro Oliveira de Mattos  
Sílvia Maria Santos Carvalho

---

Meire Núbia Santos de Santana

# Controle SOCIAL na política de saúde:

um estudo sobre o município de Ilhéus

Ilhéus - Bahia



Editora da UESC

2015

Copyright ©2015 by Meire Núbia Santos de Santana

Direitos desta edição reservados à  
EDITUS – EDITORA DA UESC

A reprodução não autorizada desta publicação, por qualquer meio,  
seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

Depósito legal na Biblioteca Nacional,  
conforme Lei nº 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

PROJETO GRÁFICO E CAPA  
Álvaro Coelho

REVISÃO  
Genebaldo Pinto Ribeiro  
Maria Luíza Nora  
Roberto Santos Carvalho  
Sylvia Maria Campos Teixeira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

---

S232 Santana, Meire Núbia Santos de.  
Controle social na política de saúde: um  
estudo sobre o município de Ilhéus / Meire Núbia  
Santos de Santana. – Ilhéus, BA: Editus, 2015.  
219 p. : il.; anexos.

Inclui referências e apêndices.  
ISBN 978-85-7455-394-8

1. Sistema Único Saúde (Brasil). 2. Política  
de saúde – Ilhéus (BA). 3. Saúde pública – Ilhéus (BA). I.  
Título.

CDD 362.10981

---

**EDITUS – EDITORA DA UESC**  
Universidade Estadual de Santa Cruz  
Rodovia Jorge Amado, km 16 - 45662-900 - Ilhéus, Bahia, Brasil  
Tel.: (73) 3680-5028  
[www.uesc.br/editora](http://www.uesc.br/editora)  
[editus@uesc.br](mailto:editus@uesc.br)

EDITORA FILIADA À



Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

## **Dedicatória**

A meu pai (*in memoriam*), que colaborou com a minha formação humana, me ensinando, com seus exemplos, a viver com dignidade e simplicidade e a lutar pelos meus ideais.

À minha mãe, pela força e coragem para enfrentar os desafios da vida, mulher guerreira e determinada que eu admiro muito.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”.

Albert Einstein

“Democracia é oportunizar a todos o mesmo ponto de partida. Quanto ao ponto de chegada, depende de cada um”.

Fernando Sabino

“Sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto é realidade”.

Raul Seixas

“Mudar é difícil, mas é possível”.

Paulo Freire

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
-------------------------	----

## **CAPÍTULO I**

<b>POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	27
--	----

1.1	Histórico dos Sistemas de Saúde no Brasil e as relações do Estado brasileiro com a sociedade neste contexto .....	28
1.2	O processo de criação da Política do Sistema Único de Saúde (SUS), seu arcabouço jurídico e normativo e seus canais de controle social .....	55

## **CAPÍTULO II**

<b>CONTROLE SOCIAL NO SUS E A INFLUÊNCIA DA ATUAL POLÍTICA PÚBLICA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E NO MERCADO DE TRABALHO NA ÁREA DE SAÚDE</b> .....	73
---	----

2.1	A trajetória do controle social no sistema Único de saúde: avanços e entraves .....	74
2.2	A formação do profissional em saúde e o mercado de trabalho no campo da saúde no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde .....	94

## **CAPÍTULO III**

<b>PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL A NÍVEL LOCAL: A EXPERIÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ILHÉUS, BAHIA</b> .....	117
--	-----

3.1	Delimitação temática .....	118
-----	----------------------------	-----

3.2	Cenário de estudo .....	119
3.3	Implantação jurídico-legal, estrutura organizativa e regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, Bahia .....	130
3.4	A dinâmica do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus através das atas do período de 2000 a 2010 .....	144
3.5	Caracterização dos Conselheiros de Saúde de Ilhéus, Bahia .....	149
3.6	A percepção dos Conselheiros sobre a situação da saúde de Ilhéus, o conhecimento sobre a legislação básica do SUS e as ferramentas essenciais para sua atuação no Conselho de Saúde .....	159
3.7	A concepção dos Conselheiros sobre atribuições, atuação e a prática do CMSI e a efetivação do exercício do controle social na política de saúde de Ilhéus, Bahia .....	164
<b>CONCLUSÕES</b> .....		179
<b>REFERÊNCIAS</b> .....		187
<b>ANEXOS</b>		
<b>Anexo A</b>		
	Parecer Consubstanciado n.º 702 do Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos CEP/UESC .....	209
<b>Anexo B</b>		
	Declaração de Responsabilidade .....	210
<b>Anexo C</b>		
	Carta de Encaminhamento .....	211

## **Anexo D**

Composição do CMSI definido na Lei n.º 2.512, de 30 de maio de 1994 .....	212
--	-----

## **Anexo E**

Composição do CMSI definido na Lei n.º 2.523, de 22 de novembro de 1994 .....	213
--	-----

## **APÊNDICES**

Apêndice A – Formulário A – Roteiro de entrevista .....	217
Apêndice B – Livro de Códigos .....	218
Apêndice C – Formulário B .....	219

## INTRODUÇÃO

Vários países da América do Sul, a partir do final da década de 1970 e até meados de 1980, passaram por um processo de democratização, entre eles, o Brasil, onde ocorreu a abertura política, o fim do regime militar, o ressurgimento dos movimentos sociais em defesa de direitos e acesso a serviços públicos. Neste período, surgiram manifestações populares urbanas lutando pela moradia, por creches, contra a carestia; pessoas do campo contestando a posse da terra; enfim, grupos de resistência que lutavam contra o regime autoritário na busca de justiça social e pela democratização do Estado.

A temática da reforma do Estado brasileiro esteve presente na agenda dos partidos políticos de esquerda, nas universidades, no movimento da reforma sanitária, no interior das instituições públicas, responsáveis pela execução das políticas públicas, e nos sindicatos. Este contexto sociopolítico intensificou, no Brasil, a discussão em torno da construção de uma sociedade democrática, propondo a criação de espaços públicos para a participação da população em temas de relevância pública que eram circunscritos às decisões do Estado; e ganha visibilidade, no país, uma nova forma de relação da sociedade civil com o Estado.

A novidade dos movimentos sociais na cena pública representava, portanto, nada menos que o ressurgimento da sociedade civil brasileira reivindicando autonomia em relação ao Estado e configurando-se como terreno de prática política (FELTRAN, 2006).

Por conseguinte, o processo democrático encontrou, na Assembleia Nacional Constituinte, condições favoráveis para sua sedimentação, culminando com a promulgação da Constituição Federal de 1988. A Constituição trouxe formulações legais, reconheceu direitos sociais e afirmou o reordenamento de políticas públicas para ser instrumento de ausculta da vontade popular e para, conseqüentemente, reduzir as desigualdades sociais. Além de criar um novo padrão de política social, também garantiu a implantação de um modelo de gestão, com a legitimação de espaços de interação entre cidadãos e Estado para debater, deliberar, planejar e acompanhar políticas públicas, isto é, a tomada de decisões mediante instrumentos participativos.

A Constituição Federal de 1988 consagrou a participação da sociedade civil nos espaços públicos e proporcionou um novo formato de relação entre o Estado e a sociedade civil. Portanto, pode-se afirmar que, no Brasil, a expansão da cidadania foi marcada pela Constituição Federal de 1988 que, ao garantir a inserção de novos atores na cena política, possibilitou a consolidação do tecido social participativo. Neste período, foram instituídas políticas públicas fundamentadas nos princípios da justiça social, dentro de uma perspectiva universal, na qual o Estado, além de assegurar proteção à população, garante a participação da comunidade na formulação e no monitoramento de suas políticas públicas. Desta forma, tanto o Estado como a sociedade civil substituem as formas de do relacionamento, saindo do confronto aberto, característico da época da ditadura militar, e abrindo a possibilidade de uma ação conjunta em espaços institucionalizados.

Conforme Gonh (1997, p. 301-303),

[...] os novos atores sociais que emergiram na sociedade civil brasileira, após 1970, à revelia do Estado, e contra ele num primeiro momento, configuraram novos espaços e formatos de participação e de relações sociais. Estes novos espaços foram construídos basicamente pelos movimentos sociais, populares ou não, nos anos 70-80 [...] A construção de uma nova concepção de sociedade civil é resultado das lutas sociais empreendidas por movimentos e organizações sociais nas décadas anteriores, que reivindicaram direitos e espaços de participação social. Essa nova concepção construiu uma

visão ampliada da relação Estado-sociedade, que reconhece como legítima a existência de um espaço ocupado por uma série de instituições situadas entre o mercado e o Estado, exercendo o papel de mediação entre coletivos de indivíduos organizados e as instituições do sistema governamental.

No período que antecedeu a Constituição de 1988, o setor da saúde foi marcado pelo movimento que impulsionou a Reforma Sanitária Brasileira, que era composto por profissionais de saúde, professores universitários, lideranças populares, parlamentares e sindicalistas. Este movimento denunciava os impactos da política econômica na saúde da população, a inadequação do sistema de saúde vigente e sugeria mudanças no sentido de reorientar o sistema de saúde brasileiro. A reforma sanitária, no Brasil, considerando a saúde como um bem público, impulsionou a reformulação de um campo do saber e apresentou a proposta de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado como projeto contra-hegemônico de transformação institucional emergido da luta pela democracia.

A criação do Sistema Único de Saúde foi aprovada na Constituição Federal de 1988, com base nos pressupostos do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre os quais se destacam: universalidade, integralidade, descentralização e participação popular. Este novo sistema tem como propósito atender às necessidades da saúde da população e democratizar o campo da saúde. Para tanto, faz-se necessário o redesenho das relações entre as esferas de governo e a institucionalização dos mecanismos de controle social.

Na área da saúde, a participação da comunidade está garantida na Constituição Federal, nas Leis Orgânicas da Saúde n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, respaldadas também na Lei Complementar n.º 141/2012, e regulamentada em normas, resoluções, portarias e recomendações, ao longo destes vinte e quatro anos de criação do Sistema Único de Saúde.

Para materializar o controle social no setor da saúde, a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, instituiu as instâncias colegiadas de gestão, Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, em cada esfera de governo. O Conselho de Saúde é composto por representantes de diversos segmentos (governo, usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da

saúde), e tem caráter permanente e deliberativo para atuar na construção e no controle da operacionalização da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros. As Conferências de Saúde ocorrem a cada quatro anos, com a participação de diversos segmentos da sociedade, objetivando avaliar a situação da saúde e recomendar estratégias para implementar a política de saúde.

Esses espaços mencionados acima são considerados canais de participação popular, nos quais o poder do Estado é compartilhado com a sociedade civil, possibilitando à mesma participar dos processos de decisão da política de saúde, ou melhor, participar da formulação desta política pública. O exercício da cidadania e do controle social na área da saúde no Brasil foi proporcionado pela institucionalização dos conselhos e das conferências, assim como corroborou o fortalecimento da democracia no país.

Além das instâncias colegiadas na área da saúde, após a Constituição Federal de 88, o Brasil teve, em outros setores, experiências essenciais para a operacionalização da democracia participativa, a exemplo do orçamento participativo, dos conselhos gestores, conselhos diretores, uns de caráter consultivo, e outros, deliberativo.

O paradigma democrático na saúde, e em outras políticas públicas setoriais, expressa a partilha do poder entre Estado e sociedade civil, uma vez que os espaços sociais sedimentados proporcionam a participação popular, permitem visões diversificadas sobre os assuntos, estimulam a influência dos atores sociais nas decisões e garantem o exercício da deliberação, facultando a efetividade do controle social.

O desenvolvimento das práticas democráticas na saúde foi se intensificando ao longo de mais de 20 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa afirmação está calcada no avanço das publicações jurídicas e normativas que vêm sempre reiterando os princípios do SUS, no aumento da quantidade de Conselhos implantados, na criação do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs), na criação de comissões de negociação entre gestores de saúde, a exemplo das Comissões Intergestoras Tripartite, Bipartite e Regional.

No campo da saúde, a democracia participativa foi estabelecida gradativamente nas relações entre o Estado e a sociedade civil, ocorrendo lutas plurais, com multiplicidade de questões consideradas pertinentes

neste projeto de redemocratização do Estado brasileiro. Todavia observamos que, na prática, a institucionalização da participação da comunidade, amparada nas garantias jurídicas, ainda apresenta algumas lacunas. Em virtude das dificuldades e dos empecilhos existentes na nova forma de relação entre o Estado e a sociedade civil, vários trabalhos e diversas pesquisas reconhecem a incipiência do controle social, a exemplo das publicações de Avritzer (2002), Gonh (2003) e Labra (2005).

A criação de espaços públicos<sup>1</sup> para participação de diversos atores sociais, na gestão da política de saúde, não é garantia de efetivação do controle social e autonomia dos Conselhos de Saúde. Somente o arcabouço jurídico e normativo que institucionaliza a participação popular neste processo não é suficiente para assegurar o exercício da democracia no campo da saúde. Vários obstáculos impedem a independência do controle social na política de saúde, entre eles destacam-se o atrelamento dos conselhos às estruturas das Secretarias de Saúde, a falta de acesso e/ou a ausência de orçamento específico, inexistência de sede, dificuldade para acessar as informações em saúde, insuficiência de investimentos em capacitação para Conselheiros, carência de assessoramento técnico (TURINI et al., 2001).

Buscando superar os entraves que limitam o controle social e assegurar as efetividades das deliberações do plenário foram desenvolvidas parcerias entre Conselhos de Saúde e o Ministério Público Federal e Estadual. Os órgãos de controle externo (Ministério Público) têm sido

---

1 Para Dagnino (2006, p. 23), “[...] os espaços públicos seriam aquelas instâncias deliberativas que permitem o reconhecimento e dão voz a novos atores e temas; que não são monopolizados por algum ator social ou político ou pelo próprio Estado, mas são heterogêneos, ou seja, refletem a pluralidade social e política; que, portanto, visibilizam o conflito, oferecendo condições para tratá-lo de maneira tal que se reconheçam os interesses e opiniões na sua diversidade; e nas quais haja uma tendência à igualdade de recursos dos participantes em termos de informação, conhecimento e poder”.

Segundo Dagnino (2006, p. 24), “para Habermas, o espaço público é um desenvolvimento histórico criado por certos setores das burguesias europeias durante a Ilustração: trata-se da abertura de espaços onde se debatem assuntos públicos, isto é, de interesse coletivo, questionando assim o direito dos governantes de monopolizar as decisões e abrindo um espaço para a crítica”.

Conforme Dagnino (2006, p. 25), “[...] a categoria de espaço público permite entender que na construção da democracia, o exercício da deliberação, sob condições adequadas, amplia a esfera da política, abre oportunidades de inovação e permite um tipo de relação entre a sociedade civil, a sociedade política e o Estado que cria possibilidades antes inexistentes”.

acionados nos atos normativos dos Conselhos de Saúde, principalmente para investigação de indícios de irregularidades, assinatura de termo de ajuste de conduta (TAC) e chamamento público.

Pode-se tomar como exemplos da parceria estabelecida entre o Ministério Público e os Conselhos de Saúde, a 224ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ocorrida em 10 e 11 de agosto de 2011, onde houve apresentação das deliberações do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) acerca do controle social, na qual o plenário reafirmou parceria entre Conselhos de Saúde e Ministério Público, e o 1º Seminário Permanente de Articulação entre o Ministério Público (MP) e o Controle Social, realizado em 3 e 4 de setembro de 2012, no qual, visando ao fortalecimento da atuação no controle social e defesa do SUS, aprovou a criação do Fórum Permanente de Articulação entre CNS e MP.

Este cenário aqui apresentado é positivo, e demonstra que as ações de controle social vêm processualmente se legitimando na sociedade brasileira, com um número maior de atores sociais (gestores, trabalhadores, prestadores de serviços e usuários) com interesses diversificados, participando das decisões e estabelecendo relações de negociação, de consenso e/ou de conflitos nos Conselhos de Saúde. Além disto, a institucionalização dos espaços públicos deliberativos e a descentralização das políticas públicas representam um avanço no modelo democrático no Brasil, principalmente no âmbito local.

Muitas têm sido as reflexões acerca da democracia participativa através de produção de estudo e publicações no mundo acadêmico, principalmente o controle social no campo da saúde, tais como as de Gonh (2003), Tatagiba (2002), Degenszain (2005) e Moreira (2006). Entretanto, para esclarecer algumas questões instigadoras, e considerando a inexistência de análise e monitoramento específico sobre o Conselho de Saúde, no âmbito da gestão municipal de Ilhéus, é que fica demarcada a necessidade deste estudo.

Apesar da existência de pesquisas realizadas em nível nacional e em municípios da Região Nordeste, referentes à experiência de participação social nas políticas públicas, a exemplo das feitas por Avritzer (2009), Cunha (2007), Faria (2007) e Mota (2007), inclusive tendo na amostra da pesquisa o município de Ilhéus, as quais levantam pontos de esclarecimento sobre

o papel dos conselhos no processo de construção das políticas públicas, entre outras questões, ainda persistem indagações.

Neste sentido, o conhecimento deste recente canal de participação social ainda merece pesquisa e análise, principalmente em Ilhéus, onde o exercício do Conselho Municipal de Saúde ainda não se constituiu em objeto de estudo específico.

A nova forma de relação entre o Estado e a sociedade civil na gestão da política de saúde em Ilhéus tem exigido estudos que possa: caracterizar as relações de poder, elucidar as circunstâncias em que ocorre participação popular no Conselho, esclarecer se existe um fluxo regular da demanda de saúde oriunda da população para o Conselho de Saúde, levantar o conhecimento dos Conselheiros sobre o Sistema Único de Saúde e a concepção acerca de controle social, como também identificar o exercício do controle social e sua efetividade na construção da política de saúde local.

A realização de trabalhos sobre a estrutura e o funcionamento do Conselho de Saúde em Ilhéus torna-se imprescindível para adquirir um conjunto de informações que proporcionem o conhecimento dos fatores que envolvem o controle social no SUS, no sentido de subsidiar o reordenamento das medidas de educação permanente e o fortalecimento do resgate da cidadania.

Além destas considerações, justifica-se, na confecção da presente proposta de estudo, a motivação pessoal da autora, que surgiu em virtude da sua vivência no processo de reorganização do setor saúde. Por conseguinte, sua trajetória profissional permitiu atuar nos meandros da assistência ao paciente, na engrenagem da equipe de gestão de política de saúde local, no apoio institucional às gestões municipais de saúde, monitorando indicadores e fazendo recomendações, atuando como instrutora em capacitações destinadas a Conselheiros de saúde, organizando conferências de saúde locais e municipais, participando de conferências estaduais.

Na condição de docente, ministro um módulo no curso de Medicina, no qual tenho a função de aproximar o aluno da realidade da saúde de uma determinada comunidade e do cenário dos serviços de saúde ofertados no âmbito da atenção básica. O módulo tem como objetivos: proporcionar ao aluno a realização do diagnóstico de saúde, compreender os principais problemas de saúde, conhecer a organização

dos serviços de saúde, desenvolver práticas de saúde, estimular a participação comunitária no controle social da execução da política de saúde e no autocuidado. A minha prática possibilita colaborar na construção do conhecimento de forma contextualizada, com um processo de ensino aprendizagem dinâmico e instigante, entretanto, com limitações quanto ao desenvolvimento de pesquisa.

Enfim, o despertar para a temática escolhida para a elaboração deste trabalho é resultado da minha vivência na política de saúde, pois, apesar da familiaridade, algumas questões têm suscitado indagações que instigam a pesquisa.

O foco deste estudo está centrado na dinâmica da participação dos Conselheiros municipais de saúde na construção da política de saúde no município de Ilhéus-Bahia, retratando a criação, a estrutura, a composição e o funcionamento desta instância de participação e a operacionalização de suas funções, assim como relatando as relações do Conselho com o poder público na formulação da política e na tomada de decisões.

Para realizar a pesquisa, percorremos a trajetória metodológica descrita a seguir: optamos por um estudo de caráter descritivo que, conforme Lakatos e Marconi (1991), caracteriza-se pelo levantamento de dados no próprio local onde os fenômenos ocorrem, servindo para descrever a população, relacionar as variáveis, aumentar a familiaridade do pesquisador com o fato, possibilitando elaborar hipóteses geradoras de novos conhecimentos. Foram utilizadas as metodologias qualitativa e quantitativa, e por se considerar que os elementos de uma abordagem complementam os da outra, a pesquisa bibliográfica, a documental e o estudo de caso.

Conforme Godoy (1995, p. 21-25),

[...] o exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, buscando-se novas e ou interpretações complementares, constitui o que estamos denominando pesquisa documental. [...] o objeto do estudo de caso é uma unidade que se analisa profundamente. Visa ao exame detalhado de um ambiente, de um simples sujeito ou de uma situação particular.

Segundo Yin (2005, p. 32), o estudo de caso

é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

Este estudo teve como pressuposto básico a construção de sentidos e percepções sobre a realidade, na visão da população alvo da pesquisa, e a partir dos registros nos documentos elaborados pelo Conselho Municipal de Saúde.

A primeira fase da investigação se constituiu do exame de documentos do Conselho de Saúde de Ilhéus, Bahia, dentre eles: a legislação que institucionaliza o referido conselho gestor, o regimento interno e a legislação, as atas das reuniões dessa instância colegiada. Inicialmente foi realizada visita à sede do Conselho Municipal de Saúde (CMS) para pesquisa documental que incluiu a Lei de criação do Conselho e modificações posteriores, o Regimento Interno, decreto de posse, atas de reuniões e correspondências emitidas pelo Conselho, inclusive convocações. Foi realizada leitura das atas desde 1995 (ano da criação do CMS) até outubro de 2011, e foram coletados dados para preencher o formulário B (apêndice), apenas das atas de 2000 a 2010.

Os dados secundários foram consolidados, receberam tratamento estatístico de cálculo de frequência, em seguida organizados em tabelas e quadros. Logo após a coleta de informações, os dados receberam um tratamento analítico, entendido aqui como análise de conteúdo.

Para Bardin, *apud* Godoy (1995, p. 23),

[...] o termo análise de conteúdo designa um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A pesquisa documental permitiu descrever a institucionalização do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus e relatar o panorama da estrutura e do funcionamento desse espaço público de participação social.

Prosseguindo com a coleta de dados de fontes secundárias, buscou-se

informações nos relatórios anuais de gestão, instrumento este que avalia o desempenho da política de saúde local, o financiamento das ações e serviços de saúde ofertados, a descrição das metas estabelecidas, os resultados alcançados e os meios utilizados para o cumprimento das propostas.

Foi feita a pesquisa bibliográfica, foram coletados dados, no Plano Municipal de Saúde e nos sistemas de informação em saúde, para conhecer os indicadores de saúde que retratam o perfil de morbi-mortalidade do município, a rede de serviços de saúde que colaboraram na construção do panorama do campo de estudo.

Buscou-se, na fase posterior, a visão do fenômeno estudado mediante realização de entrevista semiestruturada com os Conselheiros municipais de saúde. Consideramos que os depoimentos orais foram úteis para resgatar a história e a memória do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, assim como para preencher lacunas deixadas pelas fontes escritas.

Conforme Thompson (1992, p. 217-218),

[...] a história oral ajusta-se particularmente bem ao trabalho por projeto. Isso porque a natureza essencial do método é, ela mesma, criativa e cooperativa. [...] os projetos de história oral de qualquer espécie começam com vantagens incomuns [...] podem ter lugar em muitos contextos diferentes, sob forma de empreendimentos individuais ou em grupo. [...] podem envolver toda espécie de pessoas.

Ressaltamos que a população da pesquisa de campo se constitui de Conselheiros municipais de saúde, titulares do período de 2000 a 2010, formado por um grupo de 31 sujeitos de pesquisa, sendo representantes dos seguintes segmentos: gestores, prestadores de serviços, trabalhadores e usuários.

Os critérios de inclusão dos sujeitos participantes da pesquisa foram delineados considerando os atores sociais, que foram ou são Conselheiros titulares, e residem no município de Ilhéus, Bahia, independente do nível de instrução, e definimos como critérios de exclusão os Conselheiros suplentes de gestões anteriores e/ou atual, como também a recusa a participar do estudo.

Os Conselheiros foram entrevistados, tendo recebido instruções sobre a pesquisa, seus objetivos e as finalidades do estudo, sendo solicitada autorização para uso do gravador e, após assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido, aplicou-se o roteiro de entrevista. O formulário A (apêndice) do estudo continha perguntas abertas e fechadas que abordavam temas pertinentes aos objetivos da pesquisa e foram registrados em áudio. A utilização do recurso da gravação foi para preservar a originalidade e a fidelidade dos dados, o que permitiu reproduzir as falas dos participantes na íntegra.

A entrevista dos Conselheiros permitiu caracterizá-los, através da coleta de dados de identificação, tais como: idade, sexo, ocupação, que segmento representa no Conselho, circunstâncias relacionadas ao campo da saúde individual: existência de plano de saúde, utilização do Sistema Único de Saúde (SUS). Também conseguimos conhecer a percepção dos entrevistados sobre a situação da saúde de Ilhéus, o reconhecimento da legislação básica do SUS e das ferramentas essenciais para atuação dos Conselheiros e identificar sua concepção sobre as atribuições, a atuação e a prática do CMSI e a efetivação do exercício do controle social na política em Ilhéus, Bahia.

Nesse estudo, considera-se como variável dependente a efetividade das deliberações do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Ilhéus, Bahia, na política de saúde local, e como variáveis independentes aquelas envolvidas no processo de funcionamento do CMS, entre as quais destacamos: conhecimento sobre legislação do SUS e sobre instrumentos de gestão, interlocução com os segmentos sociais, percepção de controle social, perfil dos Conselheiros e ação dialógica do CMS com as instâncias dialógicas de controle social externo.

Para tratamento e análise das informações, os procedimentos que foram utilizados, contemplaram a transcrição das mensagens obtidas nas falas dos Conselheiros durante as entrevistas, a organização em planilhas do *software excel*, em seguida, através de processos estatísticos que se constituíram de cálculo de frequência e percentagem simples, foram dispostos esses dados primários em tabelas e quadros, e apresentados em três blocos. Também foram realizados alguns cruzamentos de variáveis para verificar a possível associação/relação entre elas. A discussão dos resultados foi feita com aporte do quadro teórico exposto no primeiro e segundo capítulos.

Salientamos que a realização do estudo considerou a observância sistemática dos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Com base nas diretrizes da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996a), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) para análise e deliberação, e garantidos o sigilo, anonimato e a reprodução fiel das declarações dos entrevistados. Após análise, o CEP da Universidade Estadual de Santa Cruz emitiu parecer consubstanciado nº 702, na reunião extraordinária de 23 de novembro de 2011 (em anexo), aprovando a pesquisa.

A coleta de dados primários foi antecedida pela apresentação da pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para que os sujeitos da pesquisa autorizassem sua participação. Houve, também, carta de aceite do vice-presidente do Conselho Municipal de Saúde para o Comitê de Ética da Universidade Estadual de Santa Cruz para realização da pesquisa (Apêndice).

Conforme Passos (1994), a pesquisa precisa ser orientada por valores éticos a fim de não se transformar em mecanismo de poder e dominação. Assim, são necessários, ao pesquisador, honestidade intelectual, desinteresse pessoal e compromisso com a verdade.

O presente trabalho observou as diretrizes regulamentadoras e exigências estabelecidas na pesquisa envolvendo seres humanos, acreditando, desta forma, estar respeitando a autonomia da população alvo e, posteriormente, colaborando com o conhecimento da temática, participação, cidadania e controle social, e para corroborar o fortalecimento do Conselho de Saúde na área delimitada para estudo.

Na trajetória dessa pesquisa ocorreram dificuldades que consideramos conveniente relatar. Na pesquisa documental, citamos os seguintes entraves: falta de padrão na confecção das atas do Conselho Municipal de Saúde, descrição de resumo das falas muitas vezes sem revelar nome e/ou a representação do ator social, falta de folha de frequência para acompanhar a ata, assinatura em rubrica impedindo identificação do participante, falta de acesso a vários decretos de posse. Já na pesquisa de campo os elementos complicadores foram: a localização, o agendamento e a disponibilidade do público alvo, entre outros aspectos. É necessário ressaltar, entretanto, o acolhimento e a presteza dos Conselheiros que deram o seu consentimento para a realização da pesquisa. Além disso, destacamos que os procedimentos metodológicos propostos asseguraram o cumprimento dos objetivos,

a discussão do objeto de estudo e também foram respondidas as questões norteadoras e instigadoras da referida pesquisa.

Este trabalho está estruturado da seguinte forma: introdução, três capítulos, conclusões finais, anexos e apêndices. O primeiro capítulo descreve o histórico da política de saúde no Brasil, ressaltando o quadro sanitário e os modelos de assistência à saúde implantados. Tem os objetivos de proporcionar uma visão geral da relação do Estado com a sociedade no Brasil, desde o início do século XX até a década de 1980, as medidas adotadas pelo Estado no estabelecimento da ordem para regular a vida social e o enfrentamento dos problemas de saúde dos municípios, ressaltando os fatores estruturantes da sociedade, o papel exercido pelas instâncias sociais, a organização e o comportamento da população.

Faz um relato da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando o seu arcabouço jurídico e normativo, abordando a implantação dos canais de controle social: Conselhos e Conferências de Saúde. Também analisa a relação estabelecida entre o Estado brasileiro e a sociedade na construção da política de saúde e na institucionalização dos referidos espaços públicos. O propósito deste capítulo é detalhar historicamente a política de saúde no Brasil, ressaltando aspectos da criação e do funcionamento do Sistema de Saúde vigente e construir um suporte teórico para debater a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus como instrumento de controle social da política de saúde local.

O segundo capítulo, intitulado “Controle social no SUS e a influência da atual política pública na formação profissional e no mercado de trabalho na área de saúde”, expõe a trajetória do controle social na referida política pública, inclusive evidenciando avanços e entraves. Por fim, discute as mudanças na formação do profissional de saúde e no mercado de trabalho após a implantação do SUS. O propósito deste capítulo é delinear a consolidação do controle social no SUS, assim como sinalizar as mudanças na formação do profissional de saúde para atender às necessidades do SUS. As reflexões servem para analisar a participação popular nas políticas de saúde e a expressão do projeto democrático no setor saúde.

Já o terceiro capítulo, denominado “Participação e controle social a nível local: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus”, exhibe considerações sobre o cenário de estudo, apresentando elementos

históricos, demográficos, econômicos e sociais do município de Ilhéus, Bahia. Prossegue fazendo a descrição da institucionalização do CMSI, narrando elementos da lei de criação, regimento interno, composição, estrutura de funcionamento, entre outros. Finaliza com a exposição e análise dos resultados das pesquisas documental e de campo.

Os dados apresentados neste capítulo têm o intuito de exibir o desenho institucional do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, o perfil dos Conselheiros e as percepções dos mesmos sobre as questões instigadoras que impulsionaram a confecção deste trabalho.

As questões instigadoras que nortearam o presente estudo são as seguintes: as decisões do Conselho Municipal de Saúde efetivam-se na política de saúde local executada pela Secretaria de Saúde? O Conselho Municipal de Saúde debate, propõe e delibera sobre medidas de enfrentamento das necessidades de saúde da população? Como o CMSI acompanha o funcionamento do Sistema de Saúde Municipal? Quais as percepções dos Conselheiros sobre controle social na política municipal de saúde, e como é feita a interlocução com os segmentos sociais representados no conselho? Qual é o conhecimento dos Conselheiros municipais sobre o SUS e os instrumentos de gestão da saúde?

Nas conclusões finais estão presentes considerações a respeito dos pontos analisados no corpo deste trabalho, nossa opinião sobre a configuração do Sistema Único de Saúde, as possibilidades do controle social na referida política pública e os desafios postos aos Conselhos Municipais de Saúde no processo de democratização da gestão da política de saúde.

Nos anexos e nos apêndices encontram-se os modelos de formulários utilizados para a coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, cópia do parecer do Comitê de Ética e dos diversos documentos autorizando a pesquisa.

# CAPÍTULO I

---

## **POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

Este capítulo versa sobre a história da política de saúde do Brasil, faz uma retrospectiva desde o início do século XX até a década de 1980, descrevendo a gênese da previdência social e da saúde pública. Aborda o quadro sanitário da época, relata a implantação dos distintos programas implantados pelo governo para o enfrentamento dos problemas nesta área. Neste bojo, destaca os modelos de atenção à saúde priorizados pelo Estado e os impactos da intervenção estatal na saúde da população e na administração financeira da previdência social. Em seguida, faz um relato histórico sobre o processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), analisando seu arcabouço jurídico e normativo, o contexto da implantação dos Conselhos e Conferências de Saúde, compreendendo-os como canais que asseguram o controle social do referido Sistema.

Neste capítulo, ainda com o intuito de compreender o cenário político social em que se desenvolveu a política de saúde no país, busca, a partir da eleição das categorias de análise democracia, participação social e espaço social, respaldadas nas compreensões de Dagnino *et al.* (2006),

Gohn (2003), Feltran (2006), Tatagiba (2002) e Avritzer (1996), e de analisar a relação estabelecida entre o Estado brasileiro e a sociedade na construção da política de saúde, ressalta o papel assumido pelo Estado e os impactos na sociedade frente às medidas adotadas. Também procura compreender a retomada do sistema democrático como o caminho para a partilha do poder decisório no âmbito da política de saúde.

### **1.1 Histórico dos Sistemas de Saúde no Brasil e as relações do Estado brasileiro com a sociedade neste contexto**

As relações do Estado brasileiro com a sociedade civil têm, na sua trajetória histórica, marcas de autoritarismo, configurando-se como um Estado burocrático e centralizador de decisões em função dos interesses dos estratos sociais que detêm o poder econômico e o político.

Conforme Carvalho (2001, p. 171),

Nosso país constituiu-se dentro de uma tradição autoritária e excludente, a partir da colônia portuguesa, da escravidão, do Império, de modo que seu povo foi mantido sempre estrangeiro em sua própria terra, à margem da política.

Neste contexto, a relação entre o Estado e a sociedade civil imprime características de clientelismo e repressão, uma vez que um regime autoritário descarta a possibilidade de exercício da cidadania, podendo, inclusive, anular direitos políticos e sociais. A “política de favor” foi sempre a base de sustentação e de legitimidade do Estado brasileiro, constituindo-se um dos aspectos importantes tanto nas relações políticas como nas sociais.

A literatura sobre a História do Brasil nos mostra que o Estado assumiu diversas posturas na sua relação com a sociedade, especificamente no campo da saúde, onde as intervenções do governo brasileiro, na construção de programas para o enfrentamento dos problemas (e seus determinantes) que afetam a saúde da coletividade, foram delineadas a partir de reivindicações da população, ou impulsionadas para defender os interesses da política econômica. No início do século XX, houve o predomínio de doenças transmissíveis que, costumeiramente, manifestavam-se

em forma de epidemia, colocando em risco a economia agroexportadora. Diante das ocorrências, o Estado realizou campanhas sanitárias e adotou medidas de contenção para controlar a expansão destas doenças (PONTE et al., 2010; PAIM, 2003a).

Segundo Ponte (2010, p. 101),

Intimamente associada à atividade econômica, a prevenção e o controle de doenças, enquanto ações estatais, se devem em parte à necessidade de garantir a produção e a circulação de mercadorias. Informadas pelo conhecimento científico e pela movimentação política do contexto em que se inseriam, tais ações assumiram, ao longo do tempo, configurações diversificadas, sendo o isolamento e a quarentena exemplos das primeiras formas de prevenir e controlar as manifestações epidêmicas que ameaçavam a economia e a vida das populações.

Portanto, a saúde pública no Brasil tem sua gênese no século XX, assinalada pelo encargo do Estado de combater as doenças que acometiam a população e representavam risco à política econômica agroexportadora. Foram realizadas campanhas de vacinação obrigatórias, controle sanitário de portos, implantados programas de assistência à saúde com ênfase na regulação sanitária, em confronto, muitas vezes, com o saber popular. Tal atitude visava enfrentar as epidemias de doenças pestilenciais e os agravos de massa, e as endemias rurais (PAIM, 2003a, p. 589).

Conforme Hochman *apud* Ponte (2010, p. 113),

No Brasil os cuidados estatais com a saúde pública foram intensificados no início do século XX, quando, em razão dos problemas acarretados à economia cafeeira, o Estado chamou a si a responsabilidade pelo combate aos males que travavam o desenvolvimento do setor agroexportador. De acordo com essa lógica, o foco de atenção inicial do Estado foi o ataque às doenças transmissíveis, sobretudo aquelas capazes de ceifar um grande número de vidas e comprometer a ordem econômica. Foram elas – e não as doenças crônico-degenerativas – que primeiro fizeram com que a máquina estatal se modificasse no sentido de incorporar novas atribuições e oferecer novos serviços às populações sob sua jurisdição.

Diante do exposto, fica nítido que os serviços de saúde<sup>2</sup> pública do início do século XX até meados da década de 1920 tinham suas ações voltadas apenas para os problemas individuais que representassem ameaça à coletividade e, ou à ordem econômica do país, enquanto o atendimento médico individualizado era ofertado pelos serviços filantrópicos das Santas Casas de Misericórdia.

Para Paim (2003a, p. 589),

Diante da doença de um indivíduo, o atendimento médico só era possível para os que podiam pagar ou por intermédio da caridade. [...] não era o conjunto de problemas de saúde e carências da população que passaram a ser objeto de atenção do Estado, mas aqueles que diziam respeito a interesses específicos da economia de exportação (capital comercial): a insalubridade dos portos, a atração e retenção de força de trabalho, as endemias rurais e o saneamento urbano.

No período de 1912 a 1930, existiam, no Brasil, grupos de profissionais na área de saúde que, de forma organizada, lutavam pela implantação de ações de saúde pública, a exemplo de Belisário Penna, Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, entre outros, que fizeram parte do movimento pelo saneamento do Brasil. Eles evidenciaram as precárias condições de saúde da população. “A Liga Pró-Saneamento, criada em 1918 e presidida por Belisário Penna, tinha como objetivo lutar pela instituição de uma política nacional de saneamento” (PONTE, 2010, p. 96). Em 1920, foi implantado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), tendo Chagas como diretor. Para os sanitaristas da época, era necessário uniformizar os serviços e coordenar as ações em todo o território nacional (PONTE, 2010).

---

2 De acordo com Martin *et al.* (2001 p. 28), “os serviços de saúde pública eram dirigidos pela Diretoria Geral de Saúde Pública, vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Destaca-se, neste período, o médico Oswaldo Cruz que, à frente dessa Diretoria, adotou o **modelo das campanhas sanitárias** destinado a combater as endemias urbanas e, posteriormente, as rurais. [...] Era o tempo da chamada Primeira República, cuja economia baseava-se na agricultura, tendo como principal produto o café, produzido com a finalidade de exportação. Portanto, era de fundamental importância que os espaços de circulação desta mercadoria fossem saneados (sobretudo os portos), e que as doenças que prejudicassem as exportações (como a peste, a cólera e a varíola) fossem controladas”.

Os serviços de saúde pública foram organizados para prestar assistência e intervir no quadro sanitário do Brasil mediante o modelo campanhista, que operacionalizava campanhas temporárias, seguindo uma lógica rígida, mobilizando recursos humanos, materiais e financeiros semelhantes a uma operação de brigada militar, com a finalidade de combater uma doença num determinado território.

Para Benchimol, *apud* Ponte (2010, p. 104),

Tendo como objetivo a eliminação de uma enfermidade específica, as campanhas eram organizadas segundo rígidos padrões que seguiam moldes militares. Nelas estavam presentes, além da ideia de um inimigo a ser combatido, uma estrutura hierarquizada que procurava dar conta de suas tarefas em um território previamente delimitado. As brigadas sanitárias esquadrinhavam o cenário de guerra, estendendo suas ações a todos os recantos do território a ser conquistado. Terminada a fase de ataque, a área permanecia por algum tempo sob vigilância e o grosso do pessoal era desmobilizado ou transferido para outra frente de batalha.

Entretanto, com a implantação das primeiras indústrias e com o crescimento dos núcleos urbanos, emergiram outros problemas, no país, que proporcionaram o surgimento de movimentos operários. Os trabalhadores mobilizados exigiam melhores condições de trabalho, e o Estado brasileiro, na década de 20, respondeu às reivindicações instituindo as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) através do Decreto n.º 4.682, de 24 de janeiro de 1923. A partir desta decisão, implantaram-se os serviços de assistência médica e o seguro social. Inicialmente foram beneficiados os ferroviários e, posteriormente, os portuários e marítimos. Enfim, os direitos aos benefícios foram estendidos a todos aqueles trabalhadores que tinham importância para a economia do país (FONSECA et al., 2010; PAIM, 2003a).

Deve-se considerar que o Estado brasileiro atendeu à demanda da classe trabalhadora criando a Caixa de Aposentadoria e Pensão em cada uma das empresas de estrada de ferro. Em 1926, contemplou os portuários e os marítimos objetivando controlar os trabalhadores, assim como assegurar suporte frente aos acidentes de trabalho e apoiar os interesses

do capital comercial (FONSECA et al., 2010; PAIM, 2003a). Todavia, a criação do seguro social foi fruto da mobilização dos trabalhadores e dos movimentos populares urbanos.

Paim afirma que (2003a, p. 589)

As condições de vida e de trabalho insatisfatórias, porém, propiciaram o aparecimento de movimentos sociais urbanos enfrentados pelo Estado como ‘caso de polícia’ e, posteriormente, como ‘questão social’. Esta, vista sob os ângulos da previdência e da saúde pública, teve como respostas sociais, respectivamente: a *Lei Eloi Chaves*, organizando as CAP (Caixas de Aposentadoria e Pensões) e a *Reforma Carlos Chagas*, implantando o novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública (grifos do autor)

De acordo com as análises de Martin *et al.* (2001), de Paim (2003a) e de Ponte (2010), foram instituídos no Brasil os mecanismos de seguridade social (concessões de benefícios pecuniários – aposentadoria e pensões), representando a constituição do nascimento do sistema previdenciário brasileiro. Vale salientar que a administração (gerir contribuições financeiras, custos, prestação de serviços, entre outros) de cada Caixa de Aposentadoria e Pensões ocorria mediante negociação entre empregados e empregadores. O poder público funcionava como instância externa, exercendo controle para a resolução de conflitos entre os segurados e a administração da CAP.

Conforme Hamilton *apud* Ponte (2010, p. 118), as Caixas de Aposentadoria e Pensões,

Vinculadas a grandes empresas destinavam-se a fornecer serviços de assistência médica e de seguridade social aos trabalhadores e seus dependentes em troca de contribuições mensais efetuadas pelos empregados e empregadores. Tais fundos eram geridos formalmente por um colegiado composto por patrões, empregados, sendo que a participação dos empregados na gestão dos recursos arrecadados de modo compulsório era mínima, correspondendo, na maioria das vezes, ao desequilíbrio do poder que marcava as posições das classes ali envolvidas.

Salientamos que, no período (década de 1920) em que se processava o nascimento da previdência social no Brasil, a população foi alvo das ações de saúde coletivas (preventivas), desenvolvidas mediante as campanhas sanitárias de combate às endemias urbanas e rurais. Moldada em um estilo repressivo, as autoridades sanitárias intervinham na saúde do povo, enquanto as ações individuais (curativas), além de serem realizadas pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), eram ofertadas pelo setor privado e praticadas pelas Santas Casas de Misericórdia (FONSECA et al., 2010; PAIM, 2003a). Portanto, a parcela da população que não estava atrelada às CAP custeava sua assistência à saúde e/ou contava com a caridade de entidades filantrópicas.

Por volta da década de 1930, já no período do Estado Novo, o país viveu uma crise na sua principal atividade agrícola, causando deslocamento do capital para investimentos industriais e ocasionando concentração populacional nos centros urbanos. Na época, o Estado assumiu papel interventor na sociedade, investindo na mão de obra do operário. O governo, de forma ditatorial, antecipava e tomava atitudes antes de quaisquer possibilidades de emergirem conflitos entre as classes patronal e trabalhadora. O governo outorgou legislação trabalhista e social como dádiva, e não como conquista da classe trabalhadora (CORDONODI JÚNIOR, apud MARTIN et al., 2001).

Assim, a partir da década de 1930, no sistema previdenciário, houve uma reformulação, unificando as Caixas de Aposentadoria e Pensões e criando os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) por categoria profissional. Por volta de 1933, vários institutos foram organizados, como o dos Marítimos (IAPM), dos Bancários (IAPB), dos Empregados de Transportes e Cargas (Iapec), dos Comerciais (IAPC), Servidores do Estado (Ipase), dentre outros. Também aconteceram mudanças no modo de financiamento e no gerenciamento dos recursos financeiros, pois o Estado passou a ter participação direta neste processo (MARTIN et al., 2001; PAIM, 2003a).

Martin *et al.* (2001, p. 30) relatam que

[...] transportaram uma estrutura que era da sociedade civil para o interior do aparelho de Estado. O que ocorreu foi um controle progressivo por parte do Estado na gestão

das instituições previdenciárias, passando o presidente dos institutos a ser nomeados pelo Presidente da República. Os representantes dos empregados e empregadores passaram a ser indicados pelos respectivos sindicatos, e não mais escolhidos por eleição direta. Também com relação ao financiamento houve mudança, sendo instituída a participação do Estado, além da dos empregados e empregadores (contribuição tripartite), e os recursos ficaram centralizados nas mãos do Estado.

A organização de vários Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) por categoria profissional expandiu a medicina previdenciária. Nesta mesma fase, a saúde pública foi institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, mantendo o cunho campanhista na organização dos serviços, porém já praticando a educação sanitária, e tendo como principais desafios o enfrentamento da tuberculose, da febre amarela e das endemias rurais (PAIM, 2003a).

Na tentativa de conter gastos previdenciários, a administração dos IAP adotou várias medidas de restrição à concessão de benefícios, tais como: estabeleceu teto para gastos com assistência médica e fixou valores para despesas hospitalares, entre outras. Porém, as medidas eram desiguais nos diversos IAP, não havendo uniformidade. Diante dos fatos, ocorreu resistência da classe trabalhadora, mas os argumentos técnicos da lógica contencionista lograram êxito e, posteriormente, a repressão policial sufocou a luta por direitos previdenciários e anulou as reivindicações dos trabalhadores (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Oliveira e Teixeira (1986, p. 107-108) relatam que

[...] procuramos apresentar as características da Previdência brasileira no período de 1930-1945, chamando a atenção para aquilo que, a nosso ver, marca essencialmente o período. Ou seja, o que denominamos '*orientação contencionist*', imposta pelo Estado ao modelo previdenciário que passa a vigorar naqueles anos. Esta orientação a princípio não era explicitada nem defendida de maneira formal, num discurso teórico organizado sobre a questão. Mas, a partir dos anos 40, começa a ser desenvolvido um esforço neste sentido, por parte de técnicos e dirigentes previdenciários. Estes autores desencadeiam um processo relativamente

intenso de sistematização e divulgação das teses contencionistas. [...] Desde o início, as medidas de contenção de despesas e de aumento das contribuições dos empregados provocaram protestos e manifestações contrárias por parte destes ( grifo do autor).

Entretanto, com o advento da acelerada urbanização e da industrialização do país, que têm início na década de 1950 e se intensificam a partir 1960, houve um aumento do contingente de beneficiários, e foram ampliadas, de forma significativa, as despesas dos institutos de aposentadoria e pensões, gerando, posteriormente, déficit financeiro no sistema previdenciário (MARTIN et al., 2001).

Martin *et al.* (2001, p. 31) ainda descreveram que

A assistência médica previdenciária que até o final dos anos 1950 não era importante, passa, a partir daí, a consumir recursos cada vez mais significativos. Essa modificação deve-se à industrialização do País, provocando uma acelerada urbanização e assalariamento de parcelas crescentes da população. Este contingente urbano assalariado passa a pressionar por assistência médica. O aumento de benefícios não foi acompanhado de aumento da receita, levando a uma crise no sistema previdenciário, que passou a ser deficitário no início dos anos 1960.

É importante ressaltar, entretanto, que o crescimento do sistema previdenciário atendeu somente aos operários urbanos assalariados e seus familiares, não sendo contemplados os empregados domésticos, trabalhadores rurais e aqueles vinculados ao trabalho informal (PONTE, 2010).

Segundo Ponte (2010, p. 129-130),

Quanto à concessão de serviços e benefícios, as discrepâncias entre os institutos permanecem como uma característica, na estreita dependência da maior ou menor capacidade de mobilização e pressão política de uma dada categoria de trabalhadores junto ao aparelho de Estado. Além disso, a oferta de benefícios continua restrita aos indivíduos inseridos formalmente no mercado de trabalho, o que lhes facultava o ingresso em algum IAP específico, nos marcos da chamada 'cidadania regulada' (grifo do autor).

A saúde pública prosseguia enfrentando as doenças com a realização de campanhas sanitárias, todavia a década de 1950 é marcada pela criação do Ministério da Saúde (1953) e do Departamento Nacional de Endemias Rurais (1956). Os serviços da saúde pública são ofertados em unidades de saúde do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) (criado em 1942), estruturados sob a forma de programas especiais (tuberculose, hanseníase, materno-infantil e outros) e campanhas sanitárias, utilizados geralmente pela população não beneficiária da medicina previdenciária (PAIM, 2003a; FONSECA et al., 2010).

Segundo Paim (2003a, p. 591),

apesar da criação do Ministério da Saúde, em 1953, a assistência médico-hospitalar vai superando, progressivamente, as ações e serviços de saúde pública, fornecendo as bases para a capitalização do setor saúde e da medicina na conjuntura seguinte.

Atendo-se à história da saúde pública e do sistema previdenciário, verifica-se que, independente do contexto, desde 1920 até metade da década de 1950, a relação entre o Estado e a sociedade foi marcada pela intervenção compulsória sobre indivíduos e grupos sociais, na qual a população era alvo das medidas de saúde impostas pelas autoridades sanitárias. O Estado exercia o controle social<sup>3</sup> sobre a sociedade aplicando ações preventivas através dos Ministérios (Justiça, Educação e Saúde), desenvolvendo atividades curativas mediante o sistema previdenciário.

Na era pós-Vargas, período caracterizado pela urbanização, migração, penetração do capital internacional, advento da indústria automobilística, assistiu-se, na saúde, à publicação de lei para unificar os direitos previdenciários dos trabalhadores urbanos e a expansão da assistência hospitalar, assentando-se o foco da saúde na emergência das doenças modernas, tais como: doenças crônico-degenerativas e os acidentes de trabalho e de trânsito.

---

3 Turini *et al.* (2001, p.94) identificaram que existem diferentes concepções de controle social na saúde. Eles narram que “no início do século XX, o termo ‘**controle social**’ em saúde, no Brasil, foi utilizado com significado praticamente oposto ao daquele utilizado hoje, ou seja, era visto como medidas sanitárias de controle do Estado sobre a sociedade” (grifo do autor).

Solla (2010, p. 34) afirma que

O processo de industrialização criou demandas pela atenção médica, para, atuando sobre o corpo do trabalhador, restaurar sua capacidade produtiva. As contradições geradas pelo desenvolvimento capitalista levaram o Estado a responder à questão social, sob a forma de ações de assistência médica e previdenciária.

Diante do exposto, na década de 1960, o sistema previdenciário foi novamente reformulado. Conforme já discutido anteriormente, ocorreu a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, sendo criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (1967). A unificação propiciou o aumento do volume de recursos financeiros capitalizados, uma vez que todo trabalhador urbano, com carteira assinada, era contribuinte. Diferente das CAP, em que o conselho eleito por operários e patrões é quem administrava, e dos IAP, nos quais a representação dos empregados e empregadores tinha um papel secundário na gerência da política previdenciária e de assistência à saúde, no INPS a direção é de responsabilidade exclusiva do Estado; patrões e trabalhadores perdem a participação no comando da instituição (CARVALHO et al., 2001; PAIM, 2003a).

Martin *et al.* (2001, p. 32) afirmam que

A intervenção do Estado nos institutos (IAPs), sob o argumento de obter racionalidade financeira, se dá com a unificação dos mesmos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocorrida em 1967. Além da unificação dos institutos, a medida foi acompanhada do aumento do papel regulador do Estado e da exclusão dos trabalhadores e empregadores da gestão da previdência, cabendo a estes apenas o papel de financiadores.

Oliveira e Teixeira (1986, p. 201) ressaltam que “a conjuntura na qual se dá a unificação na Previdência Social [é marcada pelo] crescente papel do Estado como regulador da sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político”.

Com a criação do INPS, houve aumento dos contribuintes e, conseqüentemente, a ampliação do número de beneficiários. O governo decidiu

expandir a oferta de serviços mediante alocação de recursos financeiros na compra dos serviços de assistência médico-hospitalar privada. Os governos militares investiram na ampliação da cobertura assistencial do país, contratando os serviços em clínicas e hospitais particulares e apoiando a rede privada com empréstimos e subsídios (MARTIN et al., 2001; PAIM, 2003a).

Rodrigues Neto (1994, p. 8) afirma que

[...] houve um grande crescimento dos serviços médicos privados, especialmente hospitais, mal distribuídos e concentrados nas grandes cidades, e que foram todos contratados pelo INAMPS. Por outro lado, como não havia interesse em que o serviço público funcionasse, para favorecer os privados, os hospitais, ambulatórios e centros de saúde públicos ficaram desprestigiados e começaram a piorar. Isso tudo aconteceu numa época em que a Previdência Social tinha bastante recursos (metade da década de 70).

Posteriormente, também estendeu a cobertura da assistência médica e previdenciária para os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas (Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972) e os trabalhadores autônomos (Lei nº 5.850, de 8 de junho de 1970). Destinado ao atendimento dos trabalhadores rurais, o governo criou, em 1973, o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Funrural) (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Estas medidas resultaram no avanço tecnológico do diagnóstico e da terapêutica na assistência médica individual, manifestando um incremento substancial na compra de serviços de terceiros e na construção de unidades hospitalares, o que consolidou a hegemonia do modelo médico-assistencial privatista. Enfim, a política de assistência médica da previdência “viabiliza o crescimento de um complexo médico industrial e hospitalar respaldado em normas que privilegiam a contratação de serviços de terceiros” (MARTIN et al., 2001, p. 33).

Para Oliveira e Teixeira (1986, p. 208-209),

A criação do INPS, assumindo o Estado a sua gestão, propiciou a implementação de uma política de saúde que, atendendo aos interesses do capital internacional, possibilitou o desenvolvimento de um complexo médico-industrial

[...] O ato médico, sendo o lugar de realização das mercadorias produzidas nestes setores, assume importância fundamental na ótica da acumulação de capital, sendo que a prática médica curativa e o hospital são, por excelência, os mais adequados ao ciclo do capital-medicamentos e capital-equipamentos.

A política de saúde executada, que privilegia a prática médica especializada de caráter curativo, foi intitulada por diversos autores<sup>4</sup> como modelo médico-assistencial privatista. Este modelo vigorou até a década de 1980, em detrimento das ações de saúde pública, porém não foi capaz de responder às necessidades de saúde da população, nem tampouco controlar os serviços contratados, o que permitiu o aumento da corrupção e colaborou para a crise financeira na previdência social. “A falta de controle sobre as contas dos serviços contratados criou condições para que a corrupção atingisse, por volta de 1974, níveis que ameaçavam o equilíbrio financeiro” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986, p. 235).

Segundo Rodrigues Neto (1994, p. 8),

---

4 Aquino (2002, p. 22) apresenta características do modelo assistencial médico-privatista: “está centrado na figura do médico especialista, privilegiando a utilização de tecnologia para o diagnóstico e tratamento das doenças, é predominantemente curativo, privilegiando a doença, em sua expressão individualizada, como objeto de sua intervenção, está voltado para o atendimento da demanda espontânea, isto é, para atender os indivíduos que procuram os serviços de saúde, a forma de organização da produção de ações de saúde é a rede de prestação de serviços, sendo privilegiado o hospital”.

Segundo Paim (2003b, p. 568), “o modelo médico-assistencial privatista é o mais conhecido e prestigiado, apesar de não contemplar o conjunto dos problemas de saúde de toda a população. Predomina no Brasil, estando voltado para os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram os serviços de saúde por ‘livre iniciativa’. [...] É, então, predominantemente curativo, tende a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade, além de não se comprometer com o impacto sobre o nível de saúde da população” (grifo do autor).

Para Oliveira e Teixeira (1986) *apud* Martin *et al.* (2001, p. 33), “as principais características desse modelo são: o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, e a criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial privado, orientado para a geração de lucro. Este modelo tem em sua base um tripé, no qual o Estado é o grande financiador do sistema e prestador de serviços à população não integrada economicamente; o setor privado nacional como prestador de serviços de assistência médica e o setor privado internacional como produtor de insumos (equipamentos biomédicos e medicamentos)”.

Todas essas questões levaram a um sistema de saúde extremamente perverso, pois não só não respondia às necessidades de atendimento da população, como até agravava a sua saúde, na medida em que fazia o que dava mais lucro, se internava mais do que o necessário e, principalmente, se deixava de gastar em ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

Além do sistema de saúde apresentar distorções, expressar ineficiência para responder às necessidades de atendimento da população, instaura-se uma crise econômica na previdência social. A crise da saúde é tema de discussão na V Conferência Nacional de Saúde (1975), e a estruturação do setor saúde, que não atende às demandas da população, recebe críticas. Porém o padrão de organização do sistema previdenciário e de saúde pública vai ser alterado somente no início da década de 80, no ápice da depreciação financeira da Previdência Social.

Na tentativa de conter a crise no setor saúde e na previdência social, várias medidas de caráter administrativo foram adotadas pelos governantes militares, a exemplo da criação do Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (Inamps) (1977), e a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (1974).

Com o mesmo intuito, o governo publicou a Lei nº 6229/75, sendo estabelecido o campo de atuação do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e as responsabilidades da União, dos Estados e dos Municípios. Ao MS coube a responsabilidade pelos atendimentos de interesse coletivo, e ao MPAS as ações de atendimento médico-assistencial individualizado. E como mecanismo de controle dos recursos financeiros, foi criada a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev), que tinha o objetivo de dificultar a apropriação indevida de recursos, mas não alterou a modalidade de compra de serviços privados (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986; PAIM, 2003a).

Solla (2010, p. 35) considera que

A partir de 1974, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social até a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) (1984), surgiu uma série de

políticas racionalizadoras implementadas pelo Estado no curso do processo de liberalização do regime autoritário, buscando enfrentar os questionamentos à política social do governo e à crise do setor saúde, caracterizada por cobertura deficiente, custos altos e crescentes, com baixo impacto sobre os problemas de saúde.

Paralelo a esta situação, ainda no final da década de 70, o governo implantou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (1979) na Região Nordeste, que ofertou serviços de saúde numa lógica de rede de unidades de complexidade crescente, desde o nível de atuação elementar até a intermediária e de apoio. No primeiro nível de atuação, as unidades são simples, com pouca utilização de tecnologia, operada por auxiliar de enfermagem; no nível intermediário já se contava com unidades mais complexas, com atendimento médico-odontológico e apoio laboratorial; e no terceiro nível, com unidades mistas com infraestrutura para leitos de internação que serviram de referência para as unidades menos complexas (PAIM, 2003a).

Com a finalidade de resolver a crise financeira que persiste nos setores da saúde e previdenciário, o Estado brasileiro decidiu reorientar o sistema de saúde através do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que havia sido debatido na VII Conferência Nacional de Saúde (1980), mas não fora implantado devido às pressões do setor privado e dos técnicos burocratas que dirigiam o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (PAIM, 2003).

Em 1982, com o mesmo intuito o governo elaborou o Plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), que determinou: a extinção do pagamento por unidade de serviços à rede privada contratada pelo Inamps e a implantação das autorizações para internações hospitalares (AIH). Além disto, em 1984 implantou o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) para reforçar a atenção primária de saúde, integrar as ações preventivas e curativas e garantir o acesso aos serviços de saúde para a população não segurada (PAIM, 2003a). Este programa representou a introdução de um modelo de atenção à saúde mais universalista.

De acordo com Paim (2003a, p. 592),

Essas políticas racionalizadoras que atravessaram a saúde pública e a medicina previdenciária no período pós-74, ainda que parcialmente apoiadas por forças setoriais que se opunham ao autoritarismo, como o Cebes e Abrasco, não foram suficientes para alterar significativamente as condições de saúde da população nem para orientar o modelo médico-assistencial privatista que articulava interesses das empresas médicas, do Estado e de empresas multinacionais de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares.

Para Escorel, *apud* Solla (2010, p. 36), no entanto,

[...] as AIS representaram o início de uma mudança importante na relação entre Inamps e os prestadores públicos (secretarias municipais e estaduais de saúde) e representou também um processo de entrada do movimento sanitário na direção geral do Inamps.

Neste contexto, o Estado brasileiro, no intuito de contornar os problemas financeiros e enfrentar o quadro sanitário, formulou e implantou medidas na política de saúde e no sistema previdenciário. Paralelo a isto, ocorreram manifestações da sociedade expressando insatisfações, demonstrando a irracionalidade do sistema de saúde, apresentando proposta alternativa de transformação do referido sistema, seja através de estudos e pesquisas, seja através de eventos e mobilizações da população. Nesses encontros, enfatizavam o diagnóstico da situação da saúde no país, debatiam situações específicas do setor saúde, denunciavam a relação ditatorial e autoritária do Estado com a sociedade.

Fica evidenciado que a área da saúde contribuiu para o processo de democratização do Brasil, colaborando com o debate público no âmbito da estruturação e reformulação da política de saúde mediante a criação de entidades, a exemplo do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na década de 1970, sendo ambas responsáveis pela difusão da reforma sanitária<sup>5</sup>,

---

5 Paim (1997, p. 20) define Reforma Sanitária como “uma proposta que encerra um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no Relatório Final da 8a CNS. É também um *projeto*, pois consubstancia um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada

formulando questões ligadas à saúde e incorporando pontos defendidos na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma Ata (1978) (NETO, 1994; PAIM, 2003a).

Fundamental também, neste processo, foram os simpósios de Política Nacional de Saúde, realizados pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, eventos estes que possibilitaram discutir o acesso aos serviços de saúde junto ao legislativo, apresentar proposta da reorientação do sistema nacional de saúde e a integração das ações preventivas e curativas (BRASIL, 1994). Entretanto, vale ressaltar que, desde o final da década de 1970, ocorreu mobilização de outros segmentos sociais em torno da construção do projeto de democratização do país. Os segmentos sociais que se empenharam neste processo foram os sindicatos, as associações, os partidos políticos, entre outros.

Conforme revela Feltran (2006, p. 371-372),

No Brasil, desde o final da década de 1970 até a primeira metade dos anos de 1980, uma série de mobilizações sociais emergiu da clandestinidade para a luz da cena pública. [...] A aparição de movimentos sociais em cena, animados pela renovação nas matrizes discursivas que balizavam as lutas sindicais, religiosas e marxistas de até então, tornava-se no Brasil um modo novo de fazer política. [...] A novidade dos movimentos sociais na cena pública representava, portanto, nada menos que o ressurgimento da sociedade civil brasileira, reivindicando autonomia em relação ao

---

consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda um *processo* porquanto a proposta formulada não se conteve nos arquivos nem nas bibliotecas mas transformou-se em bandeira de luta, articulou um conjunto de práticas, e teceu um projeto político-cultural consistente enquanto prática social, tornando-se História. Trata-se, consequentemente, de um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a prática social”.

Para Rodrigues Neto (1994, p. 11), “Reforma Sanitária é a proposta para democratização da saúde no país. Propõe primeiramente que a saúde seja entendida como resultado das condições de vida das pessoas. Isto é, que a saúde não é conseguida apenas com assistência médica, mas, principalmente, pelo acesso das pessoas ao emprego, com salário justo, à educação, a uma boa condição de habitação e saneamento do meio ambiente, ao transporte adequado, a uma boa alimentação, à cultura e ao lazer; além, evidentemente, do acesso a um sistema de saúde digno, de qualidade e que resolva os problemas de atendimento das pessoas quando necessitem”.

Estado e configurando-se como terreno de prática política. A trajetória das relações entre sociedade civil e Estado nas últimas décadas aparece então, desde este momento, como dimensão privilegiada para compreender as conquistas, os dilemas e tensões da construção democrática brasileira.

Dagnino *et al.* (2006) apontam que a consolidação do processo democrático na América Latina ocorreu na disputa de dois projetos políticos, intitulados, por eles, um como projeto democrático participativo; e o outro como projeto neoliberal de privatização de amplas áreas das políticas públicas. Ainda afirmam que o projeto autoritário encontra-se em estado de latência, pois sua versão clássica (a ditadura militar) parece ter perdido viabilidade política.

Sobre o projeto neoliberal, os mesmos autores configuram a participação de maneira instrumental com respeito às necessidades da condução dos ajustes estruturais previstos, especialmente a redução do Estado por meio da transferência das suas responsabilidades sociais para a sociedade civil e para o setor privado.

Já o projeto democrático participativo, Dagnino *et al.* (2006, p. 48) caracterizam como “radicalização da democracia que confronta com nitidez os limites atribuídos à democracia liberal representativa como forma privilegiada das relações entre Estado e sociedade”. Para eles, a democracia participativa deliberativa complementa o modelo de democracia representativa, pois enfrenta o caráter excludente da mesma. Ainda mais, consideram a participação como instrumento de construção de uma maior igualdade, uma vez que ela irá colaborar na formulação de políticas públicas e possibilitará o compartilhamento do poder de decisão com o Estado.

Os autores Dagnino *et al.* (2006, p. 49) afirmam também que, da América Latina, essa formulação de aprofundamento democrático por meio da extensão da participação, orientada para uma maior publicização do Estado que pudesse garantir os direitos de cidadania, encontrou sua expressão no Brasil

Neste contexto de democratização do Brasil, na área de saúde ocorre o debate sobre a reforma da política a ela referente, denominada de Reforma Sanitária, que questionou o modelo de política vigente,

propôs um sistema nacional de saúde com a integração de medidas preventivas e curativas. Este movimento contou com o envolvimento dos departamentos de Medicina Preventiva das universidades, dos membros do Centro Brasileiro em Estudos de Saúde e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, dos estudantes, dos partidos de esquerda, do movimento sindical, entidades de trabalhadores e outros.

Bertolli Filho (2001, p. 63) relatou que com o

[...] péssimo estado de saúde da população, os profissionais do setor organizaram-se na defesa da profissão e dos direitos dos pacientes. Disso resultou, ainda no final dos anos 70, o surgimento da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes). A partir dessas associações, desenvolveu-se o chamado Movimento Sanitarista que, ao incentivar as discussões, buscou encontrar respostas para os dilemas da política de saúde nacional.

Verifica-se, entretanto, que, apesar da tradição profundamente elitista e autoritária que sempre marcou a relação do Estado com a sociedade no Brasil e tem no clientelismo o seu fenômeno mais expressivo, a sociedade civil, de forma organizada, rebelou-se contra o regime estabelecido pela ditadura militar e denunciou seus efeitos. A reação da sociedade civil permitiu sua rearticulação, desencadeando o processo de luta pela democratização do Estado.

Ribeiro (1997, p. 85) assegura que

O final da década de 70 e, mais marcadamente, os anos 80 caracterizaram-se no Brasil pelo processo de transição política do regime militar para uma democracia representativa ('distensão'; 'abertura política'). As forças políticas de oposição e de esquerda passaram a participar do jogo eleitoral e a interferir na dinâmica parlamentar. Neste contexto, partidos, sindicatos, associações estudantis, eclesiásticos, entre outros, envolveram-se mais diretamente na formulação e tomada de decisão em políticas públicas. Uma constante observada na ação destes grupos foi a defesa de um Estado redistributivo e aberto a influências societárias enquanto uma matriz específica do regime democrático.

Dagnino (2002, p. 9) afirma que

A sociedade civil brasileira, profundamente marcada pela experiência autoritária do regime militar instalado em 1964, experimenta, a partir da década de 70, um significativo ressurgimento [...] Considerada o único núcleo possível de resistência a um Estado autoritário, a sociedade civil se organizou de maneira substancialmente unificada no combate a esse Estado, desempenhando papel fundamental no longo processo de transição democrática.

A década de 1980 é marcada por uma onda de protestos e mobilização dos setores populares organizados, com envolvimento de entidades profissionais, parlamentares e partidos oposicionistas, em prol do reconhecimento e da garantia dos direitos sociais, econômicos e políticos dos setores populares, expressando a fase de democratização com vista à eliminação das práticas tradicionais de gestão das políticas públicas, que culminou na aprovação da nova Constituição Federal (1988).

Para o setor saúde, a promulgação da Constituição Federal de 1988 significou a viabilização da criação de um sistema de saúde nacional proposto pelo movimento da Reforma Sanitária<sup>6</sup> e representou a consolidação de uma saúde autenticamente democrática, considerada como um direito universal, e o reconhecimento da responsabilidade do Estado em prover o sistema de saúde. E mais ainda, tem como marco a garantia da participação dos indivíduos nos processos de elaboração de estratégias e de tomadas de decisões na política de saúde no Brasil.

As propostas do movimento da Reforma Sanitária, deliberadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1986), se materializaram a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), proposto pela Constituição

---

6 Para Mendes, *apud* Solla (2010, p.38), “A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia, equidade, e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos da implantação de um outro paradigma assistencial do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema”.

Federal (1988). A 8ª CNS é considerada um marco do movimento da Reforma Sanitária, com ampla participação da sociedade civil organizada, a qual, dentre outras questões, denunciou as precárias condições de vida da população, a desestruturação do sistema de saúde, que não respondia às demandas da população, e discutiu a estrutura política de saúde do país e o seu destino. Desta forma, propôs uma mudança radical, com a eliminação do modelo assistencial de saúde existente, o rompimento com modelos de intervenção em saúde vigentes, além da criação de um sistema de saúde com princípios da universalidade, integralidade, descentralização, equidade e controle social.

Segundo Paim (2003a, p. 593-594),

Os movimentos sociais de então que defendiam a democratização da saúde difundiram a proposta da Reforma Sanitária, debatida durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde [...] Nessa conjuntura, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi assumida como uma proposta abrangente de mudança social e, ao mesmo tempo, um processo de transformação da situação sanitária. [...] com a promulgação da Constituição de 1988 garantiu o direito à saúde para todos os brasileiros e instituiu o Sistema Único de Saúde. A incorporação dos princípios e diretrizes do movimento sanitário no Capítulo da Seguridade Social da Constituição de 1988, mediante emenda popular, representou a maior vitória da RSB.

Outras temáticas foram alvo de debate pelo movimento da Reforma Sanitária, a exemplo, os baixos salários dos trabalhadores da saúde, a necessidade de instituir isonomia salarial, a incompatibilidade da formação profissional com as necessidades de saúde da população brasileira e com o Sistema Único de Saúde.

Muitas mudanças ocorreram também na forma de conceber políticas públicas no âmbito nacional, fruto da já referida rearticulação das forças políticas nacionais e da mobilização popular pela democratização do regime político do país. Neste período de reorganização da sociedade civil, emergiram debates sobre questões amplas nos vários setores, provocando o processo de formulação de novos modelos de políticas públicas, sendo alicerçadas de forma legal no texto constitucional de 1988, tais como

saúde e assistência social. Além destas mudanças, tem-se como exemplo o fenômeno da institucionalização da participação social, representação e acompanhamento da gestão pública.

Gonh (1997, p. 310) afirma que, no Brasil, nos

[...] anos 80 a temática da participação social era um ponto de pauta na agenda política das elites políticas, denotando dois fenômenos: de um lado a crise de governabilidade das estruturas de poder do Estado, desgastadas e deslegitimadas pelo autoritarismo; de outro, a legitimidade das demandas expressas pelos movimentos sociais. [...] nos anos 90 a agenda política das elites dirigentes se modifica em função dos problemas internos e das alterações que a globalização e as novas políticas sociais internacionais passam a impor ao mundo capitalista.

Corroborando com o pensamento acima, Dagnino *et al.* (2006, p. 76) informam que “a transição brasileira significou não apenas a reconstrução da sociedade civil depois de anos de autoritarismo militar, mas também a emergência de novos atores e projetos políticos”<sup>7</sup>.

No bojo do ressurgimento da sociedade civil, a participação social é o centro do processo, é o alicerce para a criação e manutenção dos espaços públicos, o que implicou na elaboração de estratégias e na tomada de decisões em assuntos até então restritos ao poder público.

A partir daí, o país, então, vivenciou o surgimento de uma concepção de democracia que transcendeu os limites das instituições políticas representativas, emergindo diversas experiências de controle das ações

---

7 Segundo Dagnino *et al.* (2006 p. 76-77), “no Brasil isso implicou um rompimento significativo com o projeto autoritário hegemônico até então e a confluência de vários atores e movimentos na criação do Partido dos Trabalhadores (PT) em 1980. Um partido que, embora não tenha conseguido ser hegemônico na sociedade, aglutinou sindicalistas, ativistas dos movimentos sociais, católicos de esquerda, intelectuais marxistas e progressistas, e trazia o projeto de levar adiante uma profunda transformação democrática da sociedade brasileira. Mas esse projeto teve que se defrontar com a emergência do projeto neoliberal, primeiro com Collor de Melo, eleito em 1989, e depois, com ênfases diferentes, nos governos de Itamar Franco, Cardoso e, inclusive, Lula. [...] Os avanços foram favorecidos pelo fato de que a Constituição de 1988, que emerge das lutas pela democracia, conta com uma concepção universalista dos direitos sociais, mas também porque inclui importantes mecanismos de participação cidadã nos distintos níveis do governo”.

do Estado, nas quais atores sociais fundamentados no princípio da participação da sociedade passam a compartilhar com o Estado a gestão de políticas públicas. Com isto, contribuíram com o processo de empoderamento do sujeito cidadão.

Empoderamento aqui está entendido, conforme Romano (2003, p. 17), como

[...] uma abordagem que coloca as pessoas e o poder no centro dos processos de desenvolvimento; um processo pelo qual as pessoas, as organizações, as comunidades assumem o controle de seus próprios assuntos, de sua própria vida e tomam consciência da sua habilidade e competência para produzir, criar e gerir.

Neste sentido, na democratização, ganha destaque a participação social<sup>8</sup> como instrumento de consolidação da democracia. Tratava-se de mudar as regras do controle social e de alterar a forma de fazer política no país. Este processo constitui-se em um novo campo democrático, desenvolvendo uma cultura de mobilização e participação da população em assuntos restritos, até então, ao governo, trazendo uma temática problematizadora para o Estado, buscando uma redefinição de seu papel, tendo em vista a revalorização da sociedade civil.

Degenszajn (2007, p. 83) revela que

[...] neste processo, a sociedade civil também é interpelada a modificar-se, a construir alianças em torno de pautas coletivas, a transcender a realização de interesses particularistas

---

8 Para Gonh (2003, p. 56-59), “participação comunitária e participação popular cedem lugar a duas novas denominações: *participação cidadã* e *participação social*. Na participação cidadã, a categoria central deixa de ser a comunidade ou o povo e passa a ser a sociedade. [...] O conceito de participação cidadã está lastreado na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e em uma nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado, remetendo à definição das prioridades nas políticas públicas a partir de um debate público. A participação passa a ser concebida como intervenção social periódica e planejada, ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de uma política pública. [...] A participação social não representa um sujeito social específico, mas se constrói como um modelo de relação geral/ideal, na relação sociedade/Estado. No centro da participação social, encontramos o conceito de mobilização com conteúdos ressignificados, assim como se redefine o caráter da militância nas várias formas de participação existentes”.

e corporativistas, convocada ao exercício de mediações sociais e políticas para o atendimento de demandas populares. Trata-se, portanto, de um movimento que pretende modificar tanto o Estado quanto a sociedade em direção à construção de esferas públicas autônomas e democráticas no campo das decisões políticas.

Todas as inovações democráticas relatadas anteriormente foram asseguradas com a instauração da Assembleia Nacional Constituinte, com a oportunidade de discussão ampla do conjunto de leis que regulam as relações entre o Estado e a sociedade. Com a promulgação da Constituição Federal (1988), foi garantida a participação da comunidade<sup>9</sup> e a institucionalização dos espaços públicos.

Daí surgiram, também, os novos modelos das políticas públicas que pressupõem a formação de conselhos consultivos e deliberativos para participar, desde a elaboração, implementação, acompanhamento, até a avaliação das referidas políticas, nos âmbitos municipal, estadual e federal. Isto corresponde à criação de canais de participação<sup>10</sup>, sobretudo dentro de uma visão descentralizada das decisões nos três níveis de governo. Os canais de participação se materializam mediante a instalação dos conselhos gestores.

---

9 A Constituição Federal de 1988, Capítulo II, da Seguridade Social, seção II, da Saúde, em seu art. 198 diz: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituem um sistema único, organizado de acordo com os seguintes diretrizes: 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”.

Conforme Gonh (2003, p. 50), “a participação dos indivíduos nos processos de elaboração de estratégias e de tomada de decisão só irá aparecer na década de 1980, em propostas associadas aos movimentos populares, em atuação conjunta com comunidades eclesiais de base, oposições sindicais, algumas categoriais profissionais do funcionalismo público, associações de moradores etc. [...] A participação popular foi definida, naquele período, como esforços organizados para aumentar o controle sobre os recursos e as instituições que controlavam a vida em sociedade. Esses esforços deveriam partir fundamentalmente da sociedade civil organizada em movimentos e associações comunitárias. O povo, os excluídos dos círculos do poder dominante, eram os agentes e os atores básicos da participação popular”.

10 Segundo Gonh (2003, p. 52), “[...] a conquista de canais de participação da população em assuntos que dizem respeito a coisa pública. A criação desses novos canais colocou os sujeitos demandatários em novas arenas de luta no interior dos órgãos públicos, nas salas e gabinetes estatais”.

Os conselhos gestores são considerados como inovações institucionalizadas, nas quais ocorre a manifestação da participação popular representada por organizações da sociedade civil, em cujos espaços incidem as relações entre o Estado e a sociedade, acontecendo, nesse bojo, debates, articulação de interesses, enfrentamentos, negociações e consensos (GOHN, 2003).

Para Gonh (2003, p. 83, 107), os conselhos gestores

[...] são *instrumentos* de determinados *processos políticos e constituem inovações institucionais na gestão de políticas sociais no Brasil*. [...] Com caráter interinstitucional, eles têm o papel de instrumento mediador na relação sociedade/Estado e estão inscritos na Constituição de 1988, e em outras leis do país, na qualidade de instrumento de expressão, representação e participação da população (grifo do autor).

Como exemplo de conselhos institucionalizados, temos os conselhos de representantes e os conselhos gestores. O primeiro diz respeito a um espaço público não estatal, no âmbito de subprefeituras, como forma de descentralização político-administrativa do governo da cidade de São Paulo; e o segundo é decorrente dos princípios constitucionais, regulamentados mediante leis orgânicas específicas e implementados através de leis ordinárias estaduais e municipais (GOHN, 2003).

Os conselhos gestores instituem-se com um

novo padrão de relações entre o Estado e a sociedade, porque eles viabilizam a participação de segmentos sociais na formulação de políticas sociais e possibilitam à população o acesso aos espaços nos quais se tomam as decisões políticas (GOHN, 2003, p. 85-86).

Conforme Dagnino (2004, p. 95-96),

O marco formal desse processo é a Constituição de 1988, que consagrou o princípio de participação da sociedade civil. As principais forças envolvidas nesse processo compartilham um projeto democratizante e participativo, construído desde os anos oitenta ao redor da expansão da cidadania e do aprofundamento da democracia. É que o

princípio de participação da sociedade se tornou central como característica distintiva desse projeto, subjacente ao próprio esforço de criação de espaços públicos onde o poder do Estado pudesse ser compartilhado com a sociedade. Entre os espaços implementados durante esse período destacam-se os Conselhos Gestores de Políticas Públicas, instituídos por lei, e os Orçamentos Participativos.

Torna-se importante ressaltar que o texto constitucional (1988), no Brasil, dilatou o projeto democrático, conjugando os princípios da democracia representativa com os da democracia participativa e adotando a participação como elemento primordial na agenda nacional, e prioritário na estruturação das políticas públicas. Isto significa a valorização da participação social na decisão das políticas referidas e no controle do Estado. Assegura-se o direito de diversos atores sociais definirem onde alocar recursos financeiros, optarem pela criação, implantação e ampliação de bens e serviços, enfim, é a garantia da participação da sociedade civil no espaço público.

Jaccoud *et al.* (2005, p. 379) asseguram que

[...] distintos arranjos de participação foram instituídos nas diversas áreas das políticas sociais, inserindo, no interior do Executivo, novos espaços institucionais que contam com a presença do governo e da sociedade civil, com atribuições que transitam entre a co-gestão, a deliberação e a organização da agenda política.

Vale ressaltar que, no Brasil, os conselhos gestores constituem-se canais para a participação e representam uma nova forma de gestão pública, mediam a relação do Estado com a sociedade civil, possibilitando o exercício da cidadania.

Tatagiba (2002, p. 54) define os conselhos gestores de políticas públicas como “espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas setoriais”.

A referida autora ainda afirma que os conselhos gestores são “arranjos institucionais inovadores, dentre outros motivos, por permitir que setores tradicionalmente excluídos possam influenciar no processo de produção das políticas públicas” (TATAGIBA, 2002, p. 71).

Fuks (2002, p. 266) refere-se aos conselhos gestores de políticas sociais

[...] como espaço que promove a tecnificação da política. As questões de ordem técnicas assumem um papel central na dinâmica dos conselhos, o que torna o conhecimento técnico-científico um dos recursos mais valiosos e, talvez, mais escassos. Por um lado, a tecnificação da política constitui, inicialmente, um dos obstáculos à participação política. Mas, por outro, ela estimula a qualificação técnica dos grupos da sociedade civil, que são chamados a emitir pareceres sobre relatórios de atividades governamentais, credenciar instituições prestadoras de serviços na política social em que atuam e definir a destinação ou controlar o uso dos recursos provenientes dos fundos públicos. Ou seja, esse contexto cria condições para mudança de perfil de setores organizados da sociedade civil que, tradicionalmente, restringiam a sua atividade política ao encaminhamento de demandas.

No Brasil, é recente a já mencionada participação da sociedade civil em políticas públicas e sua intervenção em negócios do aparelho estatal, vez que, anteriormente, na ditadura militar, eram considerados como assuntos apenas de responsabilidade do governo, pois foi atribuído ao Estado importante papel de soberano. As mudanças ocorridas fazem parte do projeto de democratização do país, demonstrando o resgate da cidadania do povo brasileiro e representando a constituição de um campo democrático no qual pode calhar a criação de espaços de discussão e negociação entre o poder público e a sociedade civil até em pequenas parcelas do território municipal.

Neste contexto de reconstrução da sociedade civil, intensifica-se no país a participação dos indivíduos na elaboração de estratégias e na tomada de decisões em assuntos até então restritos ao Estado, a exemplo da participação da população nos debates sobre o processo de desenvolvimento e qualidade de vida da população, bem como na implementação e acompanhamento de políticas públicas.

Na tessitura da participação social no Brasil, a década de 1990 foi marcada pela regulamentação de políticas públicas em vários campos (educação, saúde, meio ambiente, entre outros), para garantir condições favoráveis ao desenvolvimento, à melhoria da qualidade de vida e superação da pobreza. E, nesse cenário, foram instituídas formas variadas por

parte da sociedade civil de participação e controle da gestão pública. Os conselhos gestores constituem-se numa dessas formas, cuja criação foi intensificada neste período.

Cordeiro *et al.* (2007, p. 199) informam que “desde que a Constituição de 1988 legitimou o direito de participação da sociedade na gestão das políticas públicas, foram criados mais de 28 mil conselhos setoriais”. Entretanto, posteriormente, com a institucionalização dos espaços públicos, mediante a implantação dos conselhos gestores e de outros canais de participação, segundo alguns autores, a exemplo de Gonh<sup>11</sup> (2003) e Turini *et al.*<sup>12</sup> (2001), surgiram obstáculos, lacunas e avanços nas condições de funcionamento dos conselhos gestores e na efetivação de práticas de participação social.

Diante dos relatos aqui expostos e das reflexões emanadas deste estudo, conclui-se que a retomada do padrão democrático através da implementação dos espaços públicos de participação social representam um caminho para a construção de políticas públicas imprescindíveis para estimular o empoderamento individual e coletivo, amenizar as situações de pobreza

---

11 Segundo Gonh (2003, p. 89-91), “[...] várias lacunas hoje existentes, tais como: criação de mecanismos que garantam o cumprimento de seu planejamento; instrumentos de responsabilização dos Conselheiros por suas resoluções; estabelecimento claro dos limites e das possibilidades decisórias às ações dos conselhos; ampla discussão sobre as restrições orçamentárias e suas origens; existência de uma multiplicidade de conselhos no município, todos criados recentemente, competindo entre si por verbas e espaços políticos; não existência de ações coordenadas entre eles, etc. [...] observa-se que a operacionalização não plena dessas novas instâncias democratizantes se dá devido à falta de tradição participativa da sociedade civil em canais de gestão dos negócios públicos; à curta trajetória de vida desses conselhos e, portanto, à falta de exercício prático (ou até a sua inexistência); e ao desconhecimento - por parte da maioria da população, de suas possibilidades (deixando-se espaço livre para que eles sejam ocupados e utilizados como mais um mecanismo da política das velhas elites, e não como um canal de expressão dos setores organizados da sociedade). [...] Acreditamos que os conselhos criam condições para um sistema de vigilância sobre a gestão pública e implicam maior cobrança de prestação de contas do poder executivo, principalmente no nível municipal”.

12 Conforme Turini *et al.* (2001, p. 103), “neste contexto, apontamos quatro aspectos do processo de controle social do SUS que, por suas características, podem ser considerados fatores que limitam o seu desenvolvimento: a transformação, na prática, dos conselhos em estruturas meramente consultivas, o atrelamento dos conselhos às estruturas das Secretarias e Departamentos de Saúde, a dificuldade dos conselhos instituídos estabelecerem objetivos que representem as reais aspirações da sociedade e a dificuldade de acesso dos Conselheiros às informações em saúde”.

e atenuar as desigualdades sociais e regionais. Também possibilitam diversidades no desempenho do papel de protagonista nas relações sociais.

Além disto, a descrição da retrospectiva da política de saúde no Brasil permitiu constatar que a política pública vigente neste campo é fruto da conquista da população brasileira, é uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, representa um sistema com propostas inovadoras e serviu de modelo para a construção de outras políticas públicas no Brasil.

O estudo que fizemos nesse item do capítulo I nos permite considerar a seguinte premissa: não se cria igualdade mediante lei e implantação de políticas sociais, contudo não se pode negar que a consolidação de direitos perpassa pelas garantias do arcabouço jurídico legal e que a construção do tecido social descentralizado e participativo depende da implantação de políticas públicas calcadas nos pressupostos da democracia participativa<sup>13</sup>. Neste sentido, acreditamos que este é o caminho mais adequado para o desenvolvimento de uma gestão pública com a inserção dos cidadãos, e estamos convencidos de que a experiência da profusão dos conselhos gestores na sociedade brasileira amplia oportunidades incalculáveis de empoderamento e de autonomia de novos segmentos/atores sociais.

## **1.2 O processo de criação da Política do Sistema Único de Saúde (SUS), seu arcabouço jurídico e normativo e seus canais de controle social**

O processo de reconstrução da democracia no Brasil proporcionou a formulação de políticas públicas com criação de espaços públicos de participação da sociedade civil, nos quais a população tem acesso às informações, faz parte das discussões, elabora propostas e toma decisões acerca da política pública. Enfim, exerce o poder de decisão e influencia a ação do Estado desde a institucionalização das políticas públicas até o monitoramento e

---

<sup>13</sup> Para Dagnino (2006, p. 17), “a democracia participativa, cujo fundamento é a ampliação do conceito de política mediante a participação cidadã e a deliberação nos espaços públicos, do que deriva uma noção de democracia como um sistema articulado de instâncias de intervenção dos cidadãos nas decisões que lhes concernem e na vigilância do exercício do governo”.

o controle da operacionalização das mesmas. Isto evidencia, portanto, que houve mudanças no padrão da relação entre a sociedade civil e o Estado, que consiste num modelo de gestão democrática no qual o Estado incorpora a participação da sociedade civil na regulação da vida social coletiva.

Para compreender o panorama do sistema democrático brasileiro, principalmente para analisar as inovações institucionalizadas nas políticas públicas a partir de 1988 e o significado do controle social na política de saúde vigente, contemplamos alguns conceitos de democracia.

Avritzer (1996), em suas obras, comenta as vertentes da teoria democrática e acepções de democracia na visão de Rousseau [1968]; Weber [1968]; Schumpeter [1942]; Dahl [1989]; Habermas [1994], afirmando que democracia, para Rousseau, é a noção de soberania absoluta do povo; para Weber, significa a igualdade formal dos direitos políticos; que “Schumpeter propõe a substituição da ideia de democracia enquanto soberania pela ideia de democracia enquanto método” (AVRITZER, 1996, p.100) e conceitua a democracia como “um certo tipo de arranjo institucional para se alcançar decisões políticas (legislativas e administrativas)” (1996, p. 123); já para Dalh, democracia constitui um processo de tomada de decisões coletivas, e Habermas a define como o processo de institucionalização dos procedimentos e das condições de comunicação, processo esse capaz de procedimentalizar a soberania popular ao tornar o sistema político dependente das redes periféricas de comunicação presentes na esfera pública (AVRITZER, 1996). Weber, *apud* Avritzer (1996, p. 104), concebe a democracia “a partir da extensão do direito de constituição do governo a todos os membros do Estado nacional”.

Tomando como base as definições anteriores, pode-se afirmar que, no Brasil, a garantia de direitos, a extensão do processo eleitoral, a ampliação do campo da cidadania e a implantação de espaços de participação representam/simbolizam o fortalecimento do processo de democratização. Estas experiências ocorreram no processo de elaboração da Constituição de 1988, onde ficou legitimada a soberania do povo e assegurado que as decisões políticas devem ser tomadas de forma coletiva.

A partir deste marco institucional, o contexto da sociedade brasileira foi caracterizado por experiências inovadoras de gestão democrática, criação de políticas públicas setoriais e implantação de canais de participação

cidadã<sup>14</sup> (como exemplos temos os orçamentos participativos e os conselhos gestores de políticas públicas). Este quadro descrito significa a complementaridade da democracia representativa (eleições diretas para presidente e prefeitos de capitais) e a reintrodução da democracia participativa<sup>15</sup> no país.

Na área de saúde, foi criado, na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), e regulamentado pelas leis orgânicas n.º 8.080 e n.º 8.142 do ano de 1990. A referida política pública é resultante das discussões e proposições da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, e teve como marco o princípio da participação popular, que ganha forma mediante os espaços públicos de representatividade do SUS, que são os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

O texto constitucional, no capítulo da Seguridade Social, reconheceu uma mudança estrutural determinando a “saúde como direito de todos e dever do Estado”, e criando um sistema de saúde gratuito, descentralizado, com direção única, ofertado em uma rede de serviços hierarquizada, preferencialmente de ações de saúde preventivas, sem prejuízos das atividades assistenciais.

A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe, principalmente, sobre a organização e regulação das ações e dos serviços de saúde em

---

14 Para Cunnil (1997, p. 74), *apud* Jara (2006, p. 345), “Na literatura especializada, a PC é definida como um tipo de ação política que “expressa, com múltiplos sentidos, a intervenção direta dos agentes sociais em atividades públicas”. Segundo Ziccardi, *apud* Jara (2006 p. 344-345), “participação cidadã são formas de inclusão da cidadania em processos decisórios, incorporando seus interesses particulares (não individuais) em relação a determinadas temáticas[...] a ideia central é que, ao incluir a cidadania nos processos de planejamento e adoção de políticas sociais e com regras de atuação dos diferentes atores previamente definidas, podem-se obter melhores resultados que permitam avançar no caminho da construção da cidadania”. De acordo com Cunnil (1997, p. 75), *apud* Jara (2006, p. 345), “os mecanismos institucionais de participação cidadã (ou oferta institucional de participação) que se desenvolveram na América Latina nas décadas de 1980 e 1990 podem ser agrupados em três categorias: 1) ação legislativa direta (iniciativa popular, referendos, plebiscito, revogação de mandato; 2) formulação de interesses particulares nas políticas públicas (cabidos abertos, conselhos consultivos, assembleias cidadãs) e 3) co-gestão na prestação de serviços públicos”.

15 Para Moroni (2009, p.116), “O principal objetivo estratégico da democracia participativa é a universalização da cidadania e, portanto, a construção de uma democracia cotidiana. A democracia não pode ser algo abstrato na vida das pessoas ou apresentar apenas as eleições de concreto. Deve proporcionar aos cidadãos a participação plena nas questões que lhes dizem respeito, além de favorecer a soberania, a autodeterminação e a autonomia”.

todo o território nacional. Além deste documento que compõe o alicerce legal do SUS, existe a Lei n.º 8.142, de 29 de dezembro de 1990, que estabelece o formato de participação popular no sistema citado e trata das transferências intergovernamentais na área de saúde. A Lei Orgânica da Saúde reitera os princípios e as diretrizes (universalidade, integralidade, participação popular, descentralização, equidade e igualdade) defendidos pela Reforma Sanitária e incorporados constitucionalmente.

Como as leis orgânicas tratam das competências de forma abrangente, o Ministério da Saúde, periodicamente, edita Normas Operacionais Básicas (NOB) que detalham a organização, normatizam e definem as responsabilidades quanto à operacionalização do SUS. Vale ressaltar que os referidos instrumentos institucionais são resultantes de negociações entre representantes das três esferas de governo. A Norma Operacional Básica (NOB) n.º 01/91 equipara prestadores públicos e privados à gestão do SUS, entretanto, na prática, os serviços ainda permanecem muito centralizados. Naquele período (1991), manteve o modelo semelhante ao do sistema do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Todavia, no período referido, as diretrizes editadas na NOB n.º 01/91 não deram o respaldo suficiente a fim de nortear a operacionalização política da saúde.

Em 1993, foi editada a Norma Operacional Básica (NOB) n.º 01/93, que estabelece os procedimentos para efetivar a descentralização dos serviços de saúde, recomenda atribuir a responsabilidade de acordo com a capacidade técnica, financeira e operativa de cada esfera de governo, e determina que a organização do SUS considere as diferentes realidades estaduais e municipais, bem como o entendimento entre os entes federativos, e também institui as condições de gestão (incipiente, parcial e semiplena) para municípios e dois planos de gestão para os estados (parcial e semiplena)<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> A NOB SUS 01/93 recomenda três tipos de gestão (incipiente, parcial e semiplena) para os municípios e duas modalidades de gestão (parcial e semiplena) para os Estados se habilitarem de acordo com a capacidade instalada, atendimento de requisitos e conforme cumprimento de responsabilidade. E definiu os incentivos financeiros em conformidade com condição de gestão (BRASIL, 1993).

Posteriormente, com a publicação da NOB-96, são definidas no SUS as funções de cada esfera de governo, de forma a eliminar a superposição de responsabilidades ainda existente. É implantado o piso de atenção básica<sup>17</sup>, são alteradas as condições de gestão para os municípios (plena da atenção básica e do sistema e dos estados (avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual)<sup>18</sup> e fortalecida a reorganização do

---

17 A Atenção Básica (Portaria n.º 648, de 28 de março 2006) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual coletivo, que abrange a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, de responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a).

O Piso da Atenção Básica (NOB-SUS 01/96, 6 de novembro de 1996) consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município, e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde (BRASIL, 1996b).

18 A NOB SUS 01/96 alterou as modalidades de gestão para habilitação dos municípios e estados, orientou os níveis de gestão a partir do cumprimento e da comprovação de requisitos tanto para municípios quanto para estados. Determinou que a habilitação do município na gestão plena do sistema será decidida pela Comissão Intergestora Bipartite e a habilitação do Estado na condição da gestão plena do sistema estadual será decidida pela Comissão Intergestora Tripartite (BRASIL, 1996b).

As condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional Básica (NOB 01/96) explicitam as responsabilidades do gestor municipal e do estadual, significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade. Na modalidade de gestão plena da atenção básica, o município tem a responsabilidade de elaborar programa municipal dos serviços básicos e a proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios; a gerência de unidades ambulatoriais, prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo piso da atenção básica; a operacionalização do sistema de informação ambulatorial, a execução de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras. Na gestão plena do sistema municipal, tem todas as responsabilidades da modalidade anterior, acrescido de operacionalização de centrais de controle administrativo da oferta de procedimento ambulatorial de alto custo, e procedimentos hospitalares de alta complexidade e etc. Para os estados, tanto a gestão avançada do sistema estadual como a plena do sistema estadual têm a responsabilidade de elaborar a programação pactuada integrada do estado, confeccionar e executar o Plano Estadual de prioridades de investimentos, gerência de unidades estatais de referência, executar política de sangue e hemoterapia, realizar cooperação financeira ao conjunto de municípios, e a plena do sistema estadual tem, além destas citadas, outras responsabilidades específicas (BRASIL, 1996b).

modelo assistencial mediante ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) n.º 01/2001 não chegou a ser implementada, tendo sido revogada pela Noas n.º 01/2002, que ampliou as responsabilidades dos municípios quanto às ações de saúde na atenção básica, deliberou as áreas estratégicas mínimas para a atenção básica, criou mecanismos para desencadear processos de regionalização, instituiu o Piso da Atenção Básica Ampliada<sup>19</sup> e atualizou os critérios de habilitação de estados (Avançada do Sistema Estadual e Plena do Sistema Estadual) e municípios (Plena da Atenção Básica Ampliada e do Sistema)<sup>20</sup>.

---

19 Piso da atenção básica ampliada consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao financiamento do conjunto de procedimentos da atenção básica à saúde *vide* Portaria Ministerial n.º 398, de 4 de abril de 2003, e a Noas 01/2002, de 27 de fevereiro de 2002.

20 São modalidades de gestão para os municípios e estados habilitarem, as quais têm requisitos estabelecidos para habilitação e definição das responsabilidades para assumirem cada tipo de gestão. Para os municípios, são dois tipos de gestão: Plena da atenção Básica Ampliada e Plena do Sistema Municipal. Na primeira, assumem as seguintes responsabilidades: elaborar o Plano Municipal de Saúde e submeter à aprovação do Conselho Municipal de Saúde; gerenciar as unidades ambulatoriais próprias e as transferidas pelo estado ou pela União; realizar cadastramento nacional dos usuários do SUS, operação dos SIA/SUS e Siab; firmar pacto de indicadores de atenção básica com o estado, executar ações básicas de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, elaborar relatório anual de gestão e submeter à apreciação do Conselho Municipal de Saúde, entre outras atividades Já na modalidade da Gestão Plena do Sistema Municipal deverão assumir as responsabilidades a seguir: todas as das modalidade anterior, acrescidas da operação do SIH/SUS, execução das atividades de média e alta complexidade em vigilância sanitária pactuada gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS; integração dos serviços existentes no município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares; garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI. Para os estados, são também duas modalidades: Gestão Avançada do Sistema Estadual de Saúde e Gestão Plena do Sistema Estadual. A primeira condição tem os seguintes atributos: elaboração do Plano Estadual de Saúde, do Plano Diretor de Regionalização, coordenação da PPI do estado, gerência das unidades públicas de hemocentros e de laboratório de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica, gestão das atividades de Tratamento Fora do Domicílio para referência interestadual, dos medicamentos excepcionais e da central de transplantes cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios e outras responsabilidades. Para a Gestão Plena do Sistema Estadual fica estabelecido que além dos atributos da condição de gestão avançadas adiciona a responsabilidade do cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual (Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002).

Na consolidação do SUS, além destes documentos citados acima, a política de saúde conta com outros instrumentos que aperfeiçoam a implementação do sistema e norteiam a gestão nas três esferas de governo, a exemplo de pactos, resoluções, portarias etc. Tais normatizações são resultantes de demandas das conferências de saúde, de deliberações no Conselho Nacional de Saúde e das Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite. Enfim, são frutos de discussões em instâncias colegiadas de gestão.

Um dos pontos fundamentais neste processo de construção dos SUS é a ação de controle social exercido nos espaços públicos de composição plural, onde ocorre a inter-relação entre os atores sociais (usuários, gestores, trabalhadores, prestadores públicos e privados) com o intuito de planejar, tomar decisões acerca de projetos de gestão em seu *locus* de atuação e fiscalizar a utilização dos recursos financeiros.

Para compreender e poder analisar os espaços públicos, este trabalho busca as contribuições de autores importantes neste campo, tais como Habermas (1997), Putnam (2007), Dagnino (2002), Perissinotto e Fuks (2002), principalmente para entender a construção dos referidos espaços públicos e analisar a atuação (ou o significado) das esferas públicas no processo de democratização das sociedades. Uma vez que a sociedade é plural, as relações são complexas, ocorrendo confronto de concepções distintas, conflitos e consensos entre os grupos sociais.

De acordo com Habermas (1997, p. 92),

A esfera pública pode ser descrita como uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posição e opiniões; nela os fluxos comunicacionais são filtrados e sintetizados, a ponto de se condensarem em opiniões públicas enfeixadas em temas específicos.

A esfera pública aqui é considerada como uma rede de convívio comunitário no qual os atores sociais estabelecem diálogo, partilham ideias e deliberam assuntos de interesse coletivo, logo, é um local de legitimação dos processos democráticos. Também representam ambientes de disputas de interesses diversos, onde ocorrem lutas e mediações entre os atores sociais dos segmentos privados e do poder público.

Na perspectiva de Habermas, as esferas públicas constituem-se em um local onde cidadãos livres compartilham pensamentos, opiniões e transformam posicionamentos. Como, logicamente, ocorrem manifestações favoráveis e contrárias aos temas debatidos, é formada uma rede de argumentos que circulam todo o tempo.

Dagnino *et al.* (2006, p. 23-24) referem que

[...] os espaços públicos seriam aquelas instâncias deliberativas que permitem o reconhecimento e dão voz a novos atores e temas; que não são monopolizadas por algum ator social ou político ou pelo próprio Estado, mas são heterogêneos, ou seja, refletem a pluralidade social e política; que, portanto, visibilizam o conflito, oferecendo condições para tratá-lo de maneira tal que se reconheçam os interesses e opiniões na sua diversidade; e nas quais haja uma tendência à igualdade de recursos dos participantes em termos de informação, conhecimento e poder.

No Brasil, os espaços públicos foram construídos a partir da resignificação da sociedade civil, do reconhecimento e da valorização de novos atores sociais (sindicatos, associações etc.). A criação dos diversos canais institucionais de participação popular nas políticas públicas deve ser vista como parte do longo e complexo processo de construção da democracia e da cidadania no Brasil, os quais materializam a atuação política entre Estado e sociedade nas esferas públicas. Os espaços públicos proporcionam o exercício de debates plurais na defesa de diversidade de interesses e na partilha de propósitos que emergem da interlocução entre o Estado e os sujeitos coletivos. Em suma, eles representam o processo de democratização do Estado, concebidos como mudanças nas relações políticas, com adoção do princípio da participação da sociedade civil como elemento central nas políticas públicas.

Este cenário cria condições favoráveis para o desenvolvimento da cultura de mobilização e para a consolidação dos espaços públicos de participação popular nas políticas públicas, com isto alterando as regras do controle social, assim como dá visibilidade aos movimentos sociais e representa a revalorização do cidadão.

Teixeira (2002, p. 107) reconhece que

[...] após o reestabelecimento da democracia tivemos um processo de criação e consolidação de espaços de interlocução entre Estado e sociedade civil, tais como a criação de conselhos gestores de políticas públicas nos vários níveis de governo e orçamentos participativos em algumas cidades brasileiras, bem como vínculos mais pontuais em que organizações da sociedade e Estado realizam determinados projetos. Esses espaços, apesar de todos os problemas e dificuldades enfrentados, foram conquistas de movimentos sociais brasileiros que lutaram para que suas demandas fossem incorporadas de alguma forma nas políticas governamentais.

Os espaços públicos de controle social no SUS foram estabelecidos por leis, deliberadas com a promulgação da Constituição da República do Brasil de 1988, no seu artigo 1º, parágrafo único, e no artigo 198, inciso III. Em seguida, foram regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que garantiu a participação popular mediante a ação das instâncias colegiadas – conselhos de saúde e conferências de saúde, nos três níveis de gestão. Também está mencionado que a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, prevê atribuições para o Conselho Nacional de Saúde.

Este arcabouço jurídico é complementado pela Resolução 33, de dezembro de 1992, e pela na Resolução n.º 333, de dezembro de 2003, ambas do Conselho Nacional de Saúde. A primeira resolução recomenda a estruturação de conselhos estaduais e municipais de saúde, a autonomia financeira através de dotação orçamentária, e a última versa sobre criação, reformulação e funcionamento dos conselhos de saúde, e coloca em pauta, na agenda nacional, a participação e o controle social do sistema de saúde.

Outro instrumento normativo que corroborou a legalidade do controle social no SUS foi a Norma Operacional Básica de 1993, que estabeleceu as competências dos Conselhos Municipais de Saúde, além daquelas já definidas na lei de criação, dispondo também sobre os espaços concretos de negociação<sup>21</sup> entre as várias esferas de gestão no SUS.

---

21 Comissão Intergestores Tripartite e Bipartite, a primeira integrada por representante do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde do Conselho

Para Dal Poz e Viana (2005, p. 226), a reforma sanitária de 1988 introduziu mudanças substantivas no modo de operação do sistema ao afirmar que:

Três características definem o novo modelo: a criação de um sistema nacional de saúde, a proposta de descentralização e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários).

Na política de saúde no Brasil as instâncias de controle social, compostas por conselhos e conferências de saúde, têm a finalidade de atuar na formulação de estratégias de controle da execução da política de saúde na esfera correspondente, ou seja, objetiva participar do processo de formulação da política de saúde, discutindo suas prioridades, fiscalizando a execução e a utilização dos recursos financeiros. Servem também para avaliar a situação da saúde em cada nível de governo e propor alternativas de enfrentamento aos problemas que existem e que vão surgindo. Enfim, consiste na expressão da participação da sociedade civil, núcleo central da democracia.

Na visão de Moroni (2009, p. 112), participação

[...] é a partilha do poder e o reconhecimento do direito de interferir de maneira permanente nas decisões políticas (dimensão política). É também a maneira através da qual as aspirações e as necessidades dos diferentes segmentos da população podem ser expressas no espaço público de forma democrática, estando associada ao modo como esses 'grupos' se percebem como cidadãos e cidadãs.

A participação é considerada, aqui, portanto, como a capacidade dos atores sociais de tomarem decisões para intervir na realidade. Por

---

Nacional de Secretários Municipais de Saúde, que tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para implantação, operacionalização do SUS, e a segunda é composta por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e representantes dos Secretários Municipais de Saúde em cada unidade federada, instância privilegiada de negociação e decisão quanto à operacionalização do SUS. São instâncias de articulação e pactuação que orientam, regulamentam e avaliam aspectos operacionais das ações do SUS (BRASIL,2009).

consequente, a participação cidadã constitui-se como um dos pilares da sociedade democrática, na qual os indivíduos, os grupos e as instituições expressam seus interesses, defendem suas ideias e divergem entre si constituindo-se numa diversidade complexa.

Teixeira (2001, p. 38) afirma: “A participação é um instrumento de controle do Estado pela sociedade, portanto, de controle social e político: possibilidade de os cidadãos definirem critérios e parâmetros para orientar a ação pública”.

Assim sendo, a participação é um processo inacabado, resultante da interlocução entre atores sociais e instituições, que não tem limites nem fronteiras, e possibilita ampliar a visão de democracia, incorporar novas formas de relações e de atuação dentro e fora do Estado e da sociedade civil.

Nesta perspectiva, o exercício da participação permite uma prática democrática ímpar em qualquer setor, uma vez que os desiguais podem influenciar na gestão pública. Em síntese, é o direito de opinar, formular, debater e decidir assunto de interesse público. Esses movimentos de participação da sociedade civil ocorrem dentro dos espaços públicos (conselhos e conferências de saúde) das políticas públicas setoriais.

A participação na política de saúde foi instituída especificamente pela Lei n.º 8.142/90, no seu artigo 1º, que determina:

O Sistema Único de Saúde – SUS de que trata a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I – a Conferência de Saúde; e II – o Conselho de Saúde.

Os incisos do referido artigo da Lei n.º 8.142/90 também conceituam e estabelecem a finalidade dos conselhos e das conferências:

§ 1º – A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. § 2º – O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão

colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Neste percurso, outros documentos foram ratificando o arcabouço jurídico da participação e do controle social do SUS, a exemplo do Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde ocorrida no ano de 1992, que dispõe sobre o controle social:

A prática do controle social sobre políticas e atividades envolvidas com a Seguridade Social e promoção da qualidade de vida da população é um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania [...] o controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da saúde (p.1).

Daí concluir que a participação popular, além de princípio, é uma diretriz estratégica no processo de construção do Sistema Único de Saúde. Consiste no envolvimento ativo da população organizada no processo de decisão e no controle social sobre as políticas de saúde. Como já fora afirmado na década de 90, consolida-se o modelo de participação, e multiplica-se com intensidade no Brasil a instituição de conselhos em diversas políticas sociais, principalmente nos ligados à saúde. O estudo de Delgado *et al.* (2007, p. 218-219) analisa a participação e o controle social no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Cabo de Santo Agostinho, no Estado de Pernambuco:

[...] os conselhos de saúde no Brasil estão em constante processo de desenvolvimento, recebendo novos atores que obtêm informações e qualificações através de sua participação e que são substituídos por outro conjunto de Conselheiros ao final de sua gestão. Com o passar do tempo, os regimentos internos são consolidados e, por vezes, adaptados, renovados, adequados ao funcionamento do

conselho. A memória institucional permanece nas normas e nos documentos que são deixados ao final de cada gestão, ficando depositados na secretaria, que cumpre uma função fundamental ao colaborar na manutenção e na recriação do CMS como espaço democrático a cada gestão.

Esta perspectiva evidencia que os Conselhos Municipais de Saúde têm garantia para atuar de forma autônoma e transparente na gestão social das políticas de saúde. Os Conselheiros se movimentam no espaço público, desencadeando um processo de construção da alteridade, nos encontros com os gestores, as instituições formadoras, os trabalhadores e usuários, e decidem sobre a reorganização do sistema de saúde.

Para Delgado *et al.* (2007, p. 199-247),

Os conselhos de saúde existem como espaços públicos de participação, ‘espaços intermediários’, nos quais representantes da sociedade civil, gestores e trabalhadores reúnem-se para discutir e deliberar, planejar e fiscalizar a política setorial para a saúde, inclusive os recursos disponibilizados. [...] os conselhos no Brasil precisam ser compreendidos como instituições que são parte da dinâmica de construção, mútua e democrática, da relação entre Estado e sociedade civil (grifo do autor).

Embora exista uma legislação, desde a década de 1990, que regulamenta o controle social da política de saúde, verifica-se que, para ratificar o seu exercício, vários outros documentos legais foram emitidos posteriormente, a exemplo da Emenda Constitucional 29, de setembro de 2000, que determina que compete aos Conselhos de Saúde acompanhar e fiscalizar os recursos financeiros nos respectivos fundos de saúde.

Recentemente foram publicados outros documentos que visam contribuir para alavancar o direito à saúde e à participação dos usuários na definição das políticas públicas de saúde e no exercício do controle social das mesmas, a exemplo a Portaria n.º 2.344, de setembro de 2009, que regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde – Participa SUS. O Decreto n.º 7.508, de junho de 2011, define a responsabilidade da União, dos

estados e municípios ao regulamentar a Lei Orgânica da Saúde e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de n.º 453, de maio de 2012, e trata das diretrizes para instituição, reformulação e reestruturação dos Conselhos de Saúde.

O primeiro documento citado tem ajudado a qualificar a gestão do SUS no que diz respeito às ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento da gestão, participação e controle social do sistema. Já o segundo vem contribuindo com a transparência da gestão e com o reconhecimento do usuário no papel de protagonista de acompanhamento das ações do sistema de saúde. O último documento aludido certamente contribuirá para incrementar e aperfeiçoar o funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde.

Para assegurar o cumprimento dos ditames constitucionais (Constituição Federal, art. 198, III) além da instância colegiada referida anteriormente, ou seja, os Conselhos de Saúde, estão previstas, também, na Lei n.º 8.142, as Conferências de Saúde, consideradas como espaços onde vários representantes dos segmentos sociais reúnem-se para avaliar a situação da saúde, o funcionamento do SUS, identificar a evolução, apontar retrocessos e lacunas, bem como propor diretrizes para a formulação e a operacionalização das políticas de saúde em cada esfera de governo.

A Lei n.º 8.142 determina ser necessário realizar, a cada quatro anos, as Conferências de Saúde em todos os municípios/estados brasileiros, sendo que a organização e as normas de funcionamento deverão ser definidas em regimento próprio.

No Brasil, as Conferências de Saúde (da 8ª à 14ª) têm representado espaços de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) é considerada um marco na legitimação das propostas do movimento sanitário. Tanto que, conforme o seu Relatório Final (1986, p. 1), o evento

Culminou com a participação de mais de 4.000 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados [...] as plenárias contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições do setor, assim como daqueles representantes da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos.

A 9ª CNS, realizada em 1992, teve como tema Saúde: Municipalização é o Caminho. Esta indicou propostas estratégicas para a descentralização, a municipalização e a participação. Foi um momento de protesto pelo *impeachment* do presidente Collor e por ele solapar o Sistema Único de Saúde impedindo o seu avanço.

Conforme o Relatório Final da 9ª Conferência (1992, p. 13), as posições assumidas

[...] quanto aos rumos do SUS são fruto do amadurecimento do povo brasileiro na luta incessante em busca de melhores condições de vida; lastreiam-se no texto da Constituição de 1988 e nas leis específicas de organização do SUS [...] quanto à crise, demonstram a indignação que toma conta de todo o povo brasileiro, pasmo diante da revelação pública da erosão dos princípios éticos que se instalou nos mais altos escalões do governo Collor.

A 10ª CNS ocorreu em 1996 e teve como tema Construindo um Modelo da Atenção à Saúde para Qualidade de Vida. Houve apresentações das experiências exitosas no SUS e manifestações contra o projeto neoliberal do governo Fernando Henrique Cardoso. A temática principal da 11ª CNS foi Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social, e teve como um dos seus eixos centrais o controle social enquanto elemento imprescindível à efetivação do SUS. E como propostas, o combate à privatização do setor público, principalmente à mercantilização dos serviços de saúde, e a promoção dos valores em defesa da vida.

A 12ª CNS (2003) debateu o seguinte tema: *Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos, o SUS que queremos*. As propostas giraram em torno da reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS, e definiram os rumos e o aprimoramento do citado sistema.

O tema da 13ª CNS (2007) foi Saúde e Qualidade de Vida Política de Estado e Desenvolvimento, quando foram debatidas as necessidades sentidas pela população e apresentados os seguintes alvítes: desenvolver as políticas e programas de saúde em conjunto com os demais setores do governo e da sociedade; reafirmar o modelo de gestão, com ênfase na atenção básica, fortalecer a participação e o controle social com ações de

educação permanente para a população e para os conselhos, e promover a adesão de todos os estados e municípios aos pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão.

A 14ª CNS, que é a mais recente, foi realizada no final de 2011, com o seguinte tema: Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro. Apresentou como principais diretrizes: gestão participativa e controle social sobre o estado; ampliar e consolidar o modelo democrático; ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral; consolidar e ampliar as políticas e estratégias para saúde mental, deficiência e dependência mental; construir política de informação e comunicação que assegure a gestão participativa e eficaz do SUS; integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar atenção e vigilância à saúde do trabalhador; ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde, tendo o Cartão SUS como estratégia para sua efetivação, entre outras.

As conferências representam um esforço democrático, integram diversidades de defesas no mesmo espaço, e são relevantes para a consolidação de uma política pública considerada pioneira e que se constitui em exemplo para as demais políticas. Por conseguinte, reafirmam a identidade e o sentimento de pertencimento do cidadão brasileiro ao Sistema Único de Saúde.

Este processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o controle social da referida política vêm passando por importantes mudanças, como já foi aqui descrito, e, mais recentemente, com a finalidade de enfrentar os desafios atuais e aprimorar a organização do sistema de saúde, a Presidente da República sancionou a Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Também objetivando acelerar o processo de controle social no SUS, o Conselho Nacional de Saúde resolveu aprovar as Resoluções n.º 451, de 15 de março de 2012, e a n.º 453, de 10 de maio de 2012.

A Lei Complementar n.º 141/2012, no capítulo I, das disposições preliminares, institui:

Nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal: o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União, em ações e serviços

públicos de saúde; percentuais mínimos do produto de arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde; critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais e às normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (p.1).

No que se refere aos canais de controle social, é importante salientar que a referida lei garante, no §1º do art.19, que os Planos Estaduais de Saúde devem ser aprovados pelo Conselho de Saúde; no §2º do referido artigo determina que o Poder Executivo manterá o respectivo Conselho de Saúde informado sobre o montante de recursos previstos para transferência do Estado para os municípios; já no art. 20, estabelece que as transferências de recursos dos estados para os municípios devem ser aprovados pelo Conselho de Saúde.

Define, ainda, que cabe aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades no processo de planejamento, planos e metas (§ 4º do art. 30º), e deixa explícita, como atribuição do Conselho de Saúde, a avaliação, a cada quadrimestre, do relatório consolidado sobre o resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde (art. 41).

Deliberou ainda que, juntamente com outros órgãos, o Conselho de Saúde fiscalizará o cumprimento das normas da lei complementar com ênfase na elaboração do Plano Plurianual, o cumprimento das metas estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, as transferências dos recursos fundo a fundo e a aplicação dos recursos (art. 38).

A Resolução n.º 451/2012 trata da representação, composição, eleição da Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde, entre outras diretrizes, para a referida plenária. Já a Resolução n.º 453/2012 aprova

[...] diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação dos conselhos de saúde, na qual recomenda que a cada eleição os segmentos de representação de usuários,

trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas (p. 1).

É evidente que, após 23 anos de existência do Sistema Único de Saúde, pode-se afirmar que a legislação permitiu o avanço expressivo deste sistema e do controle social sobre ele, porém, na operacionalização prática, ainda persistem lacunas que devem ser preenchidas pelo Estado brasileiro, de uma política de saúde universal de qualidade, com eficiência de gestão e que resulte em impacto positivo na saúde dos usuários. Além disto, pode-se inferir que, apesar das medidas legais garantirem autonomia da participação comunitária nos espaços públicos, ainda existem resistências e limitações no exercício da partilha do poder e do controle social na referida política pública.

# CAPÍTULO III

---

## **CONTROLE SOCIAL NO SUS E A INFLUÊNCIA DA ATUAL POLÍTICA PÚBLICA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E NO MERCADO DE TRABALHO NA ÁREA DE SAÚDE**

O presente capítulo, inicialmente, trata da participação da sociedade civil nos espaços públicos, ressaltando a trajetória do controle social nas políticas públicas. Em seguida, enfoca a institucionalização dos canais de participação social na política de saúde no Brasil, destacando avanços e entraves na dinâmica dos Conselhos de Saúde ao longo dos vinte e três anos de implantação do Sistema Único de Saúde.

Nesta perspectiva, traz informações disponíveis, resultantes de estudos sobre os dilemas vivenciados na prática para a efetivação do controle social, estabelecendo aproximação com referenciais teóricos trabalhados por Putnam (2007), Dagnino (2002) e Foucault (1979), objetivando fazer interseção com os mesmos para entendimento do processo de democratização da participação nos espaços públicos e do poder decisório dos integrantes destes mesmos espaços.

Discorre sobre a análise, evidenciando as possibilidades e as fragilidades do controle social na política de saúde e apontando estratégias para superar os limites impostos à consolidação da efetividade deliberativa dos conselhos de saúde, na perspectiva de potencializar os avanços existentes.

Aborda a temática formação profissional da área de saúde e o mercado de trabalho após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando as mudanças, na matriz curricular, dos cursos de graduação nessa área, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para atender às necessidades do SUS.

Por fim, o capítulo apresenta um panorama da participação social na política de saúde vigente, o ordenamento do SUS na formação profissional para desenvolver novas competências e habilidades técnicas, em consonância com os seus princípios e diretrizes norteadores, visando atender aos objetivos propostos e ao refinamento desse referido Sistema de Saúde no mercado de trabalho.

## **2.1 A Trajetória do controle social no Sistema Único de Saúde: avanços e entraves**

O complexo processo de reconstrução da democracia e da cidadania na América Latina e no Brasil permitiu a formação de espaços públicos de participação e a inserção da sociedade civil. Sobre o processo de democratização na América Latina, Manor, *apud* Avritzer (2002, p. 17), analisa que:

Os processos de democratização na América Latina são parte integrante da terceira onda de democratização. Esta teve, sob o ponto de vista da ação coletiva, uma característica diferente da segunda onda: os atores sociais, no decorrer do processo de luta contra o autoritarismo, tornaram-se capazes de limitar o poder do Estado e, ao mesmo tempo, geraram potenciais organizativos e institucionais no nível das próprias associações civis, criando alternativas de organização social e política.

Especificamente no Brasil, Avritzer (2002, p. 17) relata que,

[...] o processo de luta contra o autoritarismo e de transição para a democracia foi marcado pelas seguintes características: a construção de uma esfera de práticas sociais mais democráticas, em que práticas dominantes e excludentes foram questionadas (Alvarez, Dagnino e Escobar, 1998); a reavaliação de uma tradição cultural ambígua em relação à democracia (Weffort, 1989); e a defesa de um campo de demarcação entre sociedade civil e Estado (Avritzer, 1994;1998). Desse modo, novos potenciais culturais de construção democrática emergiram e novas práticas, movimentos e instituições tornaram-se possíveis.

Olvera (2002, p. 331-332), ao discutir a experiência do processo de democratização no México, afirma:

[...] os espaços de luta, a agenda de demandas e contribuições à governabilidade democrática da sociedade civil estiveram fortemente determinados, de um lado, pela centralidade das lutas pela democracia eleitoral e, de outro, pela resistência do regime autoritário às iniciativas civis de reforma nas áreas trabalhistas [...] esse processo não deu lugar a uma ampliação relevante dos espaços públicos e da participação cidadã na vida pública.

Ainda tratando da democratização dos processos de tomada de decisões políticas, consideramos, a título de contribuição para a análise, o trabalho de Putnam sobre a experiência da Itália quanto à relevância do capital social<sup>22</sup> para eficiência da participação da sociedade civil e o seu engajamento cívico. A análise do autor busca comprovar a importância da comunidade cívica<sup>23</sup> para o desenvolvimento de instituições eficientes,

---

22 Para Putnam, *apud* Frey (2003 p. 175), “ [...] capital social se refere a elementos de organização social como as redes, normas e confiança social que facilitam a coordenação e a cooperação em benefício recíproco”.

23 Putnam (2007 p. 101-102): “Numa comunidade cívica, a cidadania se caracteriza primeiramente pela participação nos negócios públicos. [...] Na comunidade cívica, a cidadania implica direitos e deveres iguais para todos. Tal comunidade se mantém unida por relações horizontais de reciprocidade e cooperação, e não por relações verticais de autoridade e dependência. Os cidadãos interagem como iguais, e não como patronos e clientes ou como governantes e requerentes. [...] Tampouco uma comunidade cívica contemporânea pode prescindir das vantagens da divisão do trabalho ou de liderança política. Nessa comunidade, porém, os líderes

ressaltando o quanto o contexto social pode impor restrições ao êxito institucional (PUTNAM, 2007).

Conforme Putnam (2007, p. 177-194), o capital social diz respeito

[...] a características da organização social, como confiança, normas e sistemas, que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade. [...] O capital social facilita a cooperação espontânea. [...] Criar capital social não será fácil, mas é fundamental para fazer a democracia funcionar.

Para Putnam (2007, p. 30-31), “a comunidade cívica se caracteriza por cidadãos atuantes e imbuídos de espírito público, por relações políticas igualitárias, por uma estrutura social firmada na confiança e na colaboração” e, no caso da Itália, o estudo mostra que a vida cívica<sup>24</sup> se expressa de forma heterogênea nas diversas regiões do país.

Durante pelo menos 10 séculos, o Norte e o Sul adotaram métodos divergentes para lidar com os dilemas da ação coletiva que afligem todas as sociedades. No Norte, as regras de reciprocidade e os sistemas de participação cívica corporificaram-se em confrarias, guildas, sociedades de mútua assistência, cooperativas, sindicatos e até clubes de futebol e grêmios literários. Esses vínculos cívicos horizontais propiciaram níveis de desempenho econômico e institucional muito mais elevados do que no Sul, onde as relações políticas estruturaram-se verticalmente (PUTNAM, 2007, p. 190-191).

Embasado nas análises de Putnam sobre capital social e comunidade cívica, procura-se compreender o processo de participação da sociedade brasileira nas políticas públicas setoriais. Neste sentido, no campo da

---

deverem ser, e também considerar-se responsáveis por seus concidadãos. [...] Tal comunidade será tanto mais cívica quanto mais a política se aproximar do ideal de igualdade política entre cidadãos que seguem as regras de reciprocidade e participam do governo. [...] A comunidade cívica não está livre de conflitos, pois seus cidadãos têm opiniões firmes sobre as questões públicas, mas são tolerantes com seus oponentes”.

24 Segundo Putnam (2007 p. 191), “[...] cidadãos das comunidades cívicas querem um bom governo e (em parte pelos seus próprios esforços) conseguem tê-lo. Eles exigem serviços públicos mais eficazes, estão dispostos a agir coletivamente para alcançar objetivos comuns. Já os cidadãos das regiões menos cívicas costumam assumir o papel de suplicantes cínicos e alienados”.

política de saúde, concebemos que a criação dos espaços públicos de participação social no Sistema Único de Saúde é resultante do estoque de capital social gerado pelo incremento da vida associativa. Acrescenta-se, a esse aspecto, o nosso ponto de vista: não podemos deixar de considerar que os Conselhos e as Conferências de Saúde são instâncias que possibilitam o estabelecimento de práticas de confiança e cooperação para o enfrentamento de questões de interesse público.

No Brasil, todavia, a superação do processo de dominação e a partilha do poder estatal pelos representantes da sociedade civil são muito recentes, datam da década de 1980. Observa-se que a participação popular nos espaços públicos é um processo que apenas se iniciou no país, assim como em outras nações na América Latina. De modo geral, a experiência da construção dos espaços públicos, a exemplo dos conselhos de saúde, encontra entraves para consolidar-se como esfera democrática decisória, principalmente no que se refere à legitimação das deliberações emanadas dos debates.

O estudo de Dagnino (2002) sobre sociedade civil e espaços públicos permitiu debater e analisar o processo de criação dos espaços públicos no Brasil e em outros países da América Latina, avaliar a participação da sociedade civil nos referidos espaços e as perspectivas e limites desta experiência.

Dagnino (2002, p. 12) traz algumas colaborações, entre as quais podem ser destacadas:

[...] na medida em que estabelecem a convivência entre interlocutores portadores de interesses diferenciados, provêm espaços regulados democraticamente para a administração de conflitos e para a construção de consensos, essas experiências poderiam constituir espaços de construção de uma dimensão propriamente *pública* na sociedade brasileira, distinta da regulação produzida pela lógica estrita do Estado ou do mercado. Sendo espaços de convivência e debate, esses espaços potencialmente requereriam e fortaleceriam o aprendizado e a consolidação de uma ‘cultura de direitos’, por meio do exercício efetivo da cidadania (grifos do autor).

No referido trabalho, Dagnino (2002) também exhibe o retrato da participação da sociedade civil brasileira nos espaços públicos, afirmando que o “processo de construção democrática não é linear, mas contraditório e

fragmentado” (DAGNINO, 2002, p. 279). Quanto à natureza das relações entre Estado e sociedade civil, o estudo aponta que as relações

são sempre tensas e permeadas pelo conflito [e revela que] o poder deliberativo previsto para os Conselhos Gestores com frequência se transforma na prática em uma função consultiva ou até mesmo apenas legitimadora das decisões tomadas nos gabinetes (DAGNINO, 2002, p. 280, 282-283).

Desta análise, depreende-se que a autora nos mostra o embate de distintas concepções, o confronto de interesses e a disputa de poder no interior dos espaços públicos, expondo a complexidade da dinâmica de reconstrução da democracia na sociedade, e que, além de apresentar limites, aborda as possibilidades de partilha de poder e o impacto cultural provocado nestes espaços públicos. Isto nos permite afirmar que o processo de democratização das relações do Estado com a sociedade civil oscila entre avanços e retrocessos, gerando condições para o protagonismo de segmentos sociais que estavam à margem do poder de decisão, criando ambiência para representação plural, como também podendo ser alvo de arranjos e manobras para impedir a participação social.

Evidente que muitas expectativas foram geradas nas décadas de 1980 e 1990 no Brasil, em relação ao desempenho e aos impactos dos espaços públicos na formulação e no acompanhamento das políticas públicas. Os anos de 1980 foram marcados pela legitimação da participação da sociedade civil nas políticas públicas, e na década seguinte, pela institucionalização dos espaços públicos (tais como conselhos, conferências, fóruns, entre outros).

Não se pode, porém, deixar de reconhecer o avanço da democratização do país com a institucionalização dos espaços públicos, seja no campo da legislação, com as garantias constitucionais, seja nas práticas de negociação estabelecidas na relação entre o Estado e a sociedade nos conselhos gestores e nas experiências de orçamentos participativos.

Para Avritzer (2009, p. 28-29, 34),

[...] a participação da sociedade civil nas políticas públicas amplia a presença desta última e melhora a qualidade da representação no Brasil. O crescimento das formas de organização da sociedade civil no Brasil foi um dos elementos mais

importantes da *democratização* do país..[...] A Constituição de 1988 abriu espaço, por meio de legislação específica, para práticas participativas nas áreas de políticas públicas.[...] As instituições participativas que realmente influenciaram as políticas públicas no Brasil democrático são os conselhos de políticas e os orçamentos participativos (grifo do autor).

Entretanto, o entendimento da participação da população como protagonista na construção das políticas públicas ainda não foi incorporada por diversos governantes, havendo, inclusive, tentativas de desestabilizar o controle social nos espaços públicos, até mesmo a dissolução destes campos democráticos. Deste modo, torna-se necessário conceber que as mudanças na relação entre o Estado e a sociedade são processuais e que têm efeitos a curto, médio e longo prazo, uma vez que a trajetória de inovação na gestão das políticas públicas no Brasil se concretizou recentemente pós-promulgação da Constituição Federal de 1988, sendo impulsionada pelas leis orgânicas setoriais, e que a consolidação dos espaços públicos e o fortalecimento da cultura democrática e participativa nas políticas públicas perpassa pelo envolvimento contínuo da sociedade civil e da vontade política.

Segundo Dagnino (2006, p. 37-38), para que a democracia tenha maiores possibilidades de se consolidar

[...] parece ser necessária a existência de uma forte correspondência entre um projeto democrático na esfera da sociedade civil e projetos afins na esfera da sociedade política [...] a construção democrática só pode ser concebida como uma arena ampliada que inclui uma multiplicidade de atores com características muito distintas, cujas inter-relações são cruciais para o avanço desse processo.

Vale ressaltar que existem, no Brasil, experiências exitosas de participação social em assuntos que eram exclusivamente restritos ao governo e aos técnicos dos aparelhos estatais. Avançando nesta direção, Lambertucci (2009, p. 71-72) afirma que

A participação social no Governo Lula é uma necessidade e assume papel central porque amplia e fortalece a democracia. [...] Em muitos pronunciamentos do presidente estas ideias são reforçadas. [...] Há coerência entre os discursos

e suas consequências práticas. Exemplo disso são as mesas de negociação, as reuniões com os movimentos sociais, audiências públicas, fóruns tripartites e diversos outros instrumentos de diálogo realizados pelo governo com a importância atribuída a eles, respeitando sua autonomia, na elaboração e no impulso das políticas públicas. Isto significa uma mudança na relação com a sociedade civil e um autêntico reconhecimento do papel das entidades.

Moroni (2009, p. 123), apesar de reconhecer o avanço das questões de participação no governo Lula (inclusive ressalta que o mesmo “trouxo para o interior do Estado todas as contradições e conflitos presentes na sociedade brasileira”), faz críticas contundentes, considerando-o como um governo que não respeita a autonomia da sociedade civil e que reduz a participação na estratégia de governabilidade.

Moroni (2009, p. 123-126) assegura ainda que o referido governo

[...] não tem um projeto de Nação, que não tem forças ou não quer contrariar interesses e privilégios, que acredita na possibilidade de diminuir as desigualdades sociais distribuindo o fruto do desenvolvimento por meio de políticas compensatórias e focalizadas e, portanto, que não se propõe a redistribuir as riquezas já produzidas, opera politicamente como ? Por intermédio dos tradicionais meios de fazer política no Brasil, que são o clientelismo, o fisiologismo e a apropriação privada da coisa pública, isto é, a negação mais completa de qualquer processo participativo. Mas, ao mesmo tempo é um governo que abriu diferentes e diversos processos de interlocução.

Embora o Estado brasileiro já estabeleça diálogo com os segmentos da sociedade e incorpore, na agenda nacional, as demandas e pressões de grupos sociais organizados, acreditamos que ainda é evidente a incipiência desse processo nos espaços de gestão de políticas, equipamentos e recursos públicos, necessitando superar o leque de desafios que surgem continuamente.

Ainda na direção de experiências de participação da sociedade civil nas políticas setoriais no Brasil, trazemos as contribuições das pesquisas sobre participação social na Região Nordeste do Brasil, realizada por Avritzer (2007), Mota (2007), Mesquita (2007) e Coêlho (2007):

Para Avritzer (2007, p. 43),

[...] as instituições participativas seguem a lógica da política estadual [...] Em Pernambuco essas instituições acentuam uma lógica de participação e democratização do poder local, e no Ceará essas instituições acentuam uma lógica de mudanças na administração pública. No caso da Bahia, as instituições participativas operam no marco do ‘carlismo’ versus o ‘anticarlismo’. Em todos os casos, as cidades que se tornam mais participativas acentuam essas características na medida em que a criação de novas instituições participativas impacta a administração pública e a capacidade financeira dessas cidades, e cria espaço para um processo mais acelerado de acesso a bens públicos (grifos do autor).

Mota (2007, p. 60) relata que o Estado da Bahia

[...] vem experimentando os mesmos processos de ampliação democrática encontrados em outras localidades brasileiras e afirma que os entraves causados pelo exercício antidemocrático experimentado por algumas lideranças partidárias no Estado conseguiram, no máximo, retardar esse processo, não freá-lo.

Mesquita (2007, p. 82) diz que “a vontade política dos governantes apresentou-se como um fator importante, tanto na implementação de políticas participativas como na reforma administrativa dos municípios cearenses”.

Coelho (2007, p. 107-108), no trabalho realizado no Estado de Pernambuco, concluiu que

[...] a escolha por projetos políticos de tipo participativos pode gerar uma sinergia positiva entre governos e sociedade a partir de uma ação estatal que induz e mobiliza a relação entre agências públicas e entidades sociais. [...] No que se refere ao controle social, dadas as fortes limitações impostas às instituições participativas feitas em geral pelo partido governista, pode-se afirmar que as mesmas não são capazes de gerar um ajustamento distributivo na provisão de bens e serviços sociais. Parece mais crível aceitar a ideia de que os partidos governistas têm um maior peso e determinam em grande parte a distribuição de bens e serviços públicos à população, restando às instituições participativas a incumbência de deliberar e decidir sobre projetos pontuais.

Diante das considerações expostas sobre a implementação das instituições participativas no território brasileiro, podemos inferir que a sedimentação de uma cultura democrática e participativa depende do contexto político, da correlação de forças estabelecida na interlocução entre o Estado e a sociedade e, ainda mais, requer diálogo permanente com estabelecimento de negociações e coalizões entre as partes envolvidas e que, além disso, existem muitos obstáculos para a efetivação da atuação da sociedade civil nas políticas públicas no Estado brasileiro.

Segundo Lambertucci (2009, p. 77),

[...] o Brasil hoje tem um bom sistema de participação social, e isto é produto da conquista da sociedade brasileira e da vontade do governo. Os conselhos, sejam eles consultivos ou deliberativos, formulam políticas, trazem à tona a opinião pública, mobilizam a sociedade para a participação no espaço público. Eles cumprem o importante papel de pressão para que os agentes públicos executem as políticas que foram discutidas e adotadas oficialmente.

Cornwall *et al.* (2007, p. 287) aduzem

O que o caso brasileiro mostra é que a simples aprovação de leis e criação de espaços de participação é só uma parte do que o Estado pode fazer para facilitar o envolvimento dos cidadãos na governança. Outros investimentos são necessários em publicidade, em capacitação e nos recursos de apoio para o funcionamento das instituições de governança participativa, que incluam desde o apoio administrativo para manter registros, ao financiamento de intercâmbios e redes entre os representantes dos cidadãos, passando pelo pagamento dos custos da participação em conferências fora da localidade. Esses investimentos são absolutamente essenciais.

Acreditamos que, para a efetivação destes novos espaços públicos de participação e de deliberação nas políticas públicas setoriais, é necessário enfrentar alguns desafios, entre os quais destacam-se: a cultura política conservadora e autoritária ainda presente em setores do Estado e da sociedade civil coexistindo com uma cultura democrático-participativa, gerando pontos

de tensão entre os atores com trajetórias e aspirações diferentes entre si e as expectativas geradas pela criação desses muitos novos espaços, que nem sempre têm as mesmas características deliberativas, com poder decisório, o que pode ser motivo de frustração para alguns (CUNHA; PINHEIRO, 2009).

Ao analisarmos as contribuições dos estudos sobre participação aqui apresentados, podemos depreender que a consolidação da democracia nos espaços públicos exige mudança na percepção de mundo, na vontade política e, acima de tudo, requer o engajamento coletivo dos atores sociais na busca de respostas vinculadas ao exercício da cidadania e da justiça social. A democratização consiste em incorporar um contingente cada vez maior de pessoas no exercício de uma cidadania ativa em relação à coisa pública, ou seja, é a constituição de espaços públicos que possibilitem a participação de novos sujeitos sociais na deliberação sobre temas de interesses coletivos (FUKS, 2002).

Especificamente na política de saúde no Brasil, a liberdade e a igualdade de participação social foram asseguradas na Constituição Federal de 1988, nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8142, de 1990, e respaldadas através de normas e resoluções ministeriais, sendo institucionalizadas com a criação dos conselhos e das conferências de saúde. O controle social nesses espaços públicos é entendido como a participação do usuário na formulação, monitoramento e avaliação das políticas e ações da saúde.

Segundo a IX Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1992, p. 33), “o controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais, e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde”.

De acordo com a IX Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1992), *apud* Carvalho *et al.* (2001, p. 93), controle social é definido como “a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas dos planos de saúde”.

Conforme a obra do Ministério da Saúde do Brasil, *SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios*, de 2009, em sua página 106, o controle social “abrange as práticas de fiscalização e a participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS”.

Para Sposati e Lobo (1992, p. 366),

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, quer pela luta em construir um espaço regular para o exercício do controle nos serviços e nas burocracias da gestão da saúde (grifo dos autores).

Sabemos que é inegável a experiência singular da prática democrática no Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizada pela Constituição Federal mediante a criação de mecanismos de participação e de representatividade de diversos segmentos sociais que interferem na gestão pública orientando ações e gastos estatais para atendimento dos interesses coletivos (MORITA et al., 2006).

Os avanços no controle social da política de saúde podem ser relacionados à constituição de um campo democrático amparado por leis, às conquistas de canais de participação (conselhos e conferências) da população em assuntos que diziam respeito ao aparelho estatal e ao empoderamento de distintos grupos sociais, decidindo sobre os programas para serem executados pelos gestores e controlando a ação do Estado na gestão da referida política pública. Para exemplificar esta afirmação, citamos a aceitação do termo de adesão a determinados programas somente com aprovação dos Conselheiros, o processo de pactuação de ações de saúde entre as esferas governamentais, que tem que ser submetido à avaliação do conselho, e a obrigação da apreciação da prestação de contas dos gastos públicos pelos conselhos de saúde, entre outros.

Morita *et al.* (2006, p. 50) referem que

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), criando instâncias de controle através de Conferências e Conselhos de Saúde, como meios de cumprir o princípio constitucional da ‘participação da comunidade’, asseguraria o controle social sobre as ações e serviços de saúde do município, estado e nação (grifo do autor).

Entretanto, apesar de todas as garantias jurídicas, na prática os conselhos de saúde têm dificuldades para efetivar o controle social sobre o SUS. As evidências empíricas comprovam que estas arenas de deliberação enfrentam problemas no funcionamento, no reconhecimento de sua eficiência e na legitimação de suas decisões (LABRA, 2005; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2008).

Gohn (2003) identifica que a operacionalização não plena dessas novas instâncias democratizantes se dá devido à falta de tradição participativa da sociedade civil em canais de gestão dos negócios públicos.

Já Turini *et al.* (2001, p. 103) apontam fatores que limitam o desenvolvimento do controle social na política de saúde, e que são:

[...] a transformação, na prática, dos conselhos em estruturas meramente consultivas; o atrelamento dos conselhos às estruturas das Secretarias e Departamentos de Saúde; a dificuldade dos conselhos instituídos estabelecerem objetivos que representem as reais aspirações da sociedade; a dificuldade de acesso dos Conselheiros às informações em saúde.

Além destas fragilidades citadas no campo do controle social, podemos mencionar as distorções na composição dos conselhos, sendo desrespeitado o princípio da paridade; o indicativo de ingerência política na escolha de Conselheiros, evidenciando a permanência de práticas clientelistas; a falta de dotação orçamentária própria para a maioria dos conselhos de saúde, e a carência de informações dos Conselheiros para o exercício de suas funções (TATAGIBA, 2002; COTTA, 2009).

Cunha (2007, p. 138) aponta alguns problemas no exercício do controle social, tais como: assimetria nas representações e no acesso às informações para tomada de decisões, conflitos com o Legislativo, descompasso entre o direito instituído quanto à deliberação acerca da política e a capacidade dos conselhos de exercê-lo.

Não podemos negar que as instâncias de participação popular, assim como outros organismos, são permeadas pelas relações de poder, poder que se manifesta no discurso dos atores sociais, nas negociações, no consenso, nas rotas de colisão, na diversidade de interesses, nas alianças e nos arranjos, enfim, na construção das políticas de saúde que ocorrem dentro

dos espaços públicos. Muitas vezes o poder fica latente nas relações sociais, outras vezes manifesta-se de forma sutil e “habilidosa”, principalmente quando os sujeitos impõem sua autoridade. Há casos em que se estabelece de forma imperceptível, inclusive há momentos em que alguns indivíduos, mediante coação, dominam outros. São muitas as nuances e manifestações do poder nos grupos sociais.

Foucault (1979) propõe uma análise do poder partindo não do centro, mas dos micropoderes que atravessam a estrutura social. É o poder enquanto elemento capaz de explicar como se produzem os saberes, compreendido como prática social constituída historicamente, manifestado em relações heterogêneas que sofrem constantes mudanças.

Aqui merece ser destacada a visão de Foucault (1979, p. 179), quando revela que

[...] em qualquer sociedade, existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso.

O mesmo autor (1979, p. 182) aponta a importância de se conhecer o poder

[...] captar o poder em suas extremidades, em suas ramificações, lá onde ele se torna capilar; captar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e locais, principalmente no ponto em que, ultrapassando as regras do direito que o organizam e delimitam, ele se prolonga, penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material, eventualmente violentos.

Conforme Alvarez (2004, p. 170),

Foucault é autor por excelência dos estudos sobre mecanismos de controle social na modernidade. Foucault na verdade não utiliza essa expressão de modo significativo, mas busca uma perspectiva mais complexa, que visa justamente pensar as práticas de poder – que não se reduzem às formas instrumentais e funcionais do controle social.

Diante do que foi apresentado neste tópico, podemos inferir que os espaços públicos constituem-se em instâncias nas quais a busca de consensos sobre o interesse coletivo é um objetivo importante, num contexto em os cidadãos exprimem suas opiniões e defendem seus interesses. Entretanto, vale ressaltar que este processo de participação é entremeado de discursos que, em determinados momentos, são divergentes e antagônicos, e em outros ecoam e formam parcerias. Este é um território vascularizado de relações sociais de poder, onde, de forma dinâmica, emergem conflitos, negociações e consensos. Portanto, pode-se afirmar que consiste num espaço de lutas constantes que servem para consolidação da democracia participativa.

Ainda que haja embates e confrontos, é evidente que os espaços públicos oportunizam a descentralização do poder nas esferas locais, municipais e regionais. E é devido a esta e a outras potencialidades que a utilização destes espaços expressa valiosa experiência de gestão democrática.

Dentro desta visão, Delgado *et al.* ( 2007, p. 206) analisam que

[...] na implementação dos conselhos de saúde como espaços públicos de participação, o Estado procurou estabelecer instituições que pudessem complementar aquelas já existentes na democracia representativa e que, além disso, reforçassem o controle social da política setorial através de um envolvimento do direito dos cidadãos. [...] Os conselhos foram criados e institucionalizados, então, como um espaço público capaz de estabelecer uma interface entre a sociedade e o governo; e como um mecanismo político – institucional para aprofundar a democratização da sociedade brasileira, estimulando o envolvimento das associações civis, dos movimentos sociais e de outras formas de expressão da vontade popular na construção de um processo novo de governança democrática no nível local.

Muito embora ainda existam dificuldades e empecilhos no referido processo, e sejam perceptíveis as lacunas nesta nova forma de relação entre o Estado e a sociedade, o exercício da cidadania e do controle social, na área da saúde no Brasil, foi alavancado com a instalação de conselhos, a realização de conferências e com a parceria estabelecida com o Ministério Público.

Escorel e Moreira (2009, p. 796) destacam: “os Conselhos de Saúde que, criados em 5.564 municípios brasileiros, representam a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país”.

Estudos de Fleury e Monteiro (2006), Escorel (2008), Moreira *et al.* (2006) e Gerschman e Bispo Júnior (2013) descrevem e analisam as possibilidades e os limites da participação da sociedade civil no processo decisório da política de saúde nas diversas esferas (Município, Estado e União) ao longo dos mais de vinte anos de implantação do Sistema Único de Saúde.

Moreira *et al.* (2006, p. 216) relatam sobre o assunto:

De fato, quando se recorda que há menos de 25 anos o país vivia sob um regime ditatorial que cultivou uma cultura política baseada no clientelismo e na ausência de preocupação com a dimensão pública, a disseminação e o desenvolvimento de fóruns como os Conselhos de Saúde, que promovem a participação direta da sociedade civil organizada no ciclo de políticas, devem ser considerados fatos positivos, mesmo com todos os seus percalços e atribulações.

Os Conselhos de Saúde, por um lado, revelam-se como produtos da tradicional cultura política brasileira, reproduzindo a defesa de interesses corporativos e clientelistas, a ausência de transparência das decisões políticas, a impermeabilidade à participação, mas, também, integram o potencial de transformação democrática e republicana desses valores e dessas práticas sociais.

Consideramos que é notável o avanço jurídico (leis, pareceres, resoluções, recomendações), enfim a diversidade de documentos que garantem a participação do cidadão na formulação e fiscalização de políticas públicas. Todavia, apesar de ser conhecido o arcabouço jurídico e normativo que institucionaliza a participação popular neste processo, não é condição única para a efetivação do controle social (LABRA, 2002; SIQUEIRA-BATISTA, 2008; ESCOREL E MOREIRA, 2009; PINHEIRO E OLIVEIRA, 2010).

Escorel e Moreira (2009, p. 796) ainda ressaltam que

[...] a institucionalização dos conselhos é importante para a democratização da política municipal de saúde, pois amplia e

diversifica o número de atores que participam de seu processo decisório. Porém, *per si*, é insuficiente para que o processo decisório seja efetivamente democratizado (grifo do autor).

Conforme Siqueira–Batista (2008, p. 9),

Apesar do imenso avanço do engajamento da sociedade civil em arenas de formulação e deliberação das políticas públicas, ainda se está longe de alcançar a plenitude da democracia republicana e pluralista moderna. Este contexto é uma firme justificativa para estudar a fundo a dinâmica e o funcionamento dos conselhos de saúde, uma vez que estes constituem uma inovação política institucional e cultural na consolidação do SUS, especialmente para se compreender a natureza das dificuldades a serem enfrentadas, das quais se destacam aquelas relativas à desigualdade e à exclusão de atores sociais importantes nesse jogo político.

É claro que a participação nos espaços públicos (conselhos e conferências) é um processo que apenas se iniciou, portanto, observamos que a sua institucionalização vem ocorrendo em todo o território nacional de forma heterogênea nas políticas públicas (saúde, assistência social e outras) e que ainda enfrenta entraves para promover ações efetivamente democráticas.

A promoção da efetividade deliberativa<sup>25</sup> nestes espaços públicos, segundo Cunha (2007, p. 129), depende de um conjunto de regras, entre as quais destacam-se:

---

25 Faria (2007, p. 112) concebe “Efetividade democrática como a capacidade das mesmas em incluir novas e diferentes vozes no processo de implementação, gestão e controle das políticas e de expandir, de forma igualitária, o acesso aos bens públicos nelas envolvidos”.

Segundo Cunha (2007, p. 139), “por efetividade deliberativa entende-se a capacidade efetiva dessas instituições influenciarem, controlarem e decidirem sobre determinada política, expressa na institucionalização dos procedimentos, na pluralidade da composição, na deliberação pública e inclusiva, na proposição de novos temas, na decisão sobre as ações públicas e no controle sobre essas ações”.

Entende-se a efetividade como a composição de variáveis relacionadas à institucionalização de procedimentos e aos resultados do processo deliberativo (CUNHA, 2007).

Fuks (2007, p. 261) entende que “a efetividade deliberativa se refere à qualidade do processo decisório, incluindo, entre outros aspectos, a abrangência de participação, o conteúdo da agenda dos conselhos e dos tipos de deliberação dominantes”.

[...] a previsão ou não da existência de Comissões Técnica, Temática e ou de Trabalho, a presença ou não de paridade entre os membros, a forma de escolha dos segmentos representados no interior dos Conselhos, a determinação de quem ocupa a presidência e a forma como se escolhe o presidente, a quem é facultada a prerrogativa de elaborar a pauta de discussão dos Conselhos.

Enfim, acreditamos que as conclusões da pesquisa sobre os determinantes das políticas participativas a que chegou Cunha (2007) sobre os Conselhos Municipais de Saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente no Nordeste demonstram que o desenho institucional, as regras e a dinâmica do funcionamento dos conselhos são essenciais para que estes instrumentos de controle social sejam eficientes, efetivos e eficazes na democratização dos processos de tomada de decisões políticas, na expansão do acesso aos serviços ofertados pelas políticas de saúde e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida dos usuários da referida política pública.

Acreditamos que o suporte técnico informacional oferecido aos Conselheiros pode ser o eixo fundamental para reduzir a assimetria de informações existente na maioria dos conselhos de saúde, contribuir efetivamente para o avanço do controle social no campo do planejamento das ações de saúde, no estabelecimento de prioridades, conforme o perfil epidemiológico local, e no monitoramento e fiscalização da aplicação dos recursos financeiros, com a finalidade de alcançar os objetivos e as metas para os quais foram criados e de acordo com o instituído na Legislação.

Com base na gênese e na trajetória do Sistema Único de Saúde descritas no capítulo I deste trabalho, podemos afirmar que os espaços democráticos de gestão estão sendo conquistados pela sociedade, bem como que o Estado buscou redefinir seu papel tendo em vista a revalorização da sociedade civil. Porém, faz-se necessário o fortalecimento destes espaços para a efetividade da participação do cidadão neste novo cenário de construção de políticas públicas.

Entendemos que este fortalecimento perpassa pelo desenvolvimento das práticas de educação permanente para Conselheiros de saúde e

lideranças comunitárias, conforme as diretrizes da Política de Educação Permanente para o controle social no SUS, aprovado no plenário do Conselho Nacional de Saúde na 158ª Reunião Ordinária ocorrida nos dias 14 e 15 de setembro de 2005.

A Política de Educação Permanente para o controle social no SUS tem como objetivos (BRASIL, 2006, p. 11-12):

Atuar na promoção da democratização do Estado e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para o fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde e como objetivos específicos contribuir para ampliação e qualificação de participação social na formulação, gestão e controle de Política Pública de Saúde; fortalecer os Conselheiros de saúde como sujeitos sociais que participam da formulação e deliberação de política de saúde como representantes da sociedade; desenvolver estratégias que promovem o intercâmbio de experiências sobre o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda neste contexto de efetividade dos conselhos de saúde e de solidificação do controle social na política de saúde, além da proposta de intercâmbio e troca de experiências na busca da construção de uma rede de informações, podemos pensar em uma via de articulação com outros conselhos gestores, o que certamente também contribuirá com a capacidade funcional dos conselhos.

A contribuição para a efetividade do controle social pode acontecer mediante a implantação e implementação de conselhos locais de saúde e de ouvidorias, medidas já previstas pelo Ministério de Saúde, e através do incremento da interlocução dos movimentos sociais e das instâncias colegiadas de gestão com outros mecanismos de controle social, com órgãos e agências fiscalizadoras que, na prática, tornaram-se parceiros no trabalho do exercício da cidadania na saúde, a exemplo do Ministério Público, Defensoria Pública, Órgão de Proteção e Defesa do Consumidor (Procon), Poder Legislativo, Conselhos Profissionais de Categoria, Tribunal de Contas, entre outros.

Vale ressaltar alguns fatos que exemplificam o estabelecimento desta parceria citada. Na 224ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de

Saúde, realizada nos dias 10 e 11 de agosto de 2011, foi aprovada, no plenário, a concretização do evento intitulado 1º Seminário Permanente de Articulação entre o Ministério Público e o Controle Social, e na realização deste seminário aludido foi criado o Fórum Permanente de Articulação entre o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério Público.

Revelam Moreira *et al.* (2006, p. 209) que

[...] para assegurar a participação e exercer o controle social de maneira efetiva, eficaz e eficiente, os Conselhos de Saúde precisam atingir, manter e expandir um nível satisfatório de democratização. Sem pretender esgotar o debate acerca deste complexo conceito, a democratização dessas instâncias colegiadas é aqui compreendida como sendo a promoção e usufruto de condições que busquem gerar, incentivar, ratificar e resguardar a participação da população e a equidade na representatividade exercida pelos Conselheiros, entidades e segmentos, além de procurar evitar o estabelecimento e a perpetuação de hierarquizações, privilégios e encapsulamentos de poder nas presidências, nas secretarias executivas e nas mesas.

Apesar de existir ainda um distanciamento entre o que foi proposto e assegurado no arcabouço jurídico legal sobre o funcionamento do controle social na política de saúde vigente, não podemos negar os resultados e os avanços contidos na implantação dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e na mudança do perfil de morbi-mortalidade da população brasileira após a criação do SUS.

Barreto e Carmo (2007, p. 1.789) enfatizam que

[...] a conquista de altos padrões de saúde de qualquer população ocorreu em paralelo a mudanças importantes nas condições e modos de vida ocorridos nas sociedades a que pertencem. Tudo isto não retira o importante papel dos sistemas de saúde, seja na cura (tratamento), ou na prevenção (por exemplo, vacinas) a nível individual. Adicione-se a isto que evidências recentes têm mostrado que o Programa de Saúde de Família, a principal estratégia de ações básicas no SUS, além da expansão das ações de saúde, vem tendo impacto entre os níveis de saúde, reduzindo de forma significativa as taxas de mortalidade infantil, tanto a pós-neonatal como a neonatal.

Estes achados sinalizam a importância da atenção primária como elemento básico do sistema de saúde e como importante elo com um conjunto de políticas e ações que interferem em determinantes que atuam sobre a saúde da população.

Para Santos (2009, p. 17), o Sistema Único de Saúde (SUS)

[...] transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde da família. Em 2007, 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais; 610 milhões de consultas; 10,8 milhões de internações; 212 milhões de atendimentos odontológicos; 403 milhões de exames laboratoriais; 2,1 milhões de partos; 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias; 55 milhões de sessões de fisioterapia; 23 milhões de ações de vigilância sanitária; 150 milhões de vacinas; 12 mil transplantes; 31 milhões de cirurgias; 215 mil cirurgias cardíacas; 9 milhões de sessões de radioquimioterapia; 97 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado de Aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos 1980, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das inúmeras Santa Casa.

Para finalizar este item, concluímos que a redemocratização da política de saúde é uma realidade, e é fruto da conquista de uma intensa mobilização popular. O controle social na política de saúde vigente ainda é incipiente, entretanto, na prática tem resultado na ampliação do acesso aos serviços de saúde e no crescimento da cobertura de diversas demandas do processo saúde doença<sup>26</sup>, bem como tem contribuído para a elevação dos padrões de saúde da população brasileira nas zonas urbana e rural.

Todavia para demonstrar a força e a robustez do Sistema Único de

---

26 Segundo Laurell (1983), *apud* Barbosa (2003 p. 677), “processo saúde doença é o modo pelo qual ocorre, nos grupos da coletividade, o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com consequências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença”.

Saúde (SUS), elegemos no próximo subitem narrar sobre as mudanças ocorridas no processo de formação profissional no campo da saúde para atender aos princípios e às condições impostas por essa referida política pública. O nosso interesse, aqui, é apontar a ascendência dessa política de saúde, descrever as prescrições exigidas pelo SUS ao mercado de trabalho e expor a articulação e o esforço dos Ministérios da Saúde e da Educação para qualificar recursos humanos que estão na ativa e os futuros profissionais de saúde, de forma a contribuir na consolidação desse sistema de saúde conquistado por vários segmentos sociais. Salientamos que não temos o intuito de problematizar a referida temática, mas exclusivamente enfatizar a preponderância do SUS nas instituições formadoras e a garantia da participação do Conselho de Saúde nesse contexto.

Enfim, acreditamos que, com base nestas considerações e aceções descritas, e nos relatos sobre o funcionamento dos espaços públicos posamos dialogar com a história, a estrutura normativa, o formato institucional do Conselho de Saúde de Ilhéus. E que as exposições possibilitem discutir os resultados desta pesquisa, proporcionando a interpretação dos mecanismos que auxiliam a consolidação da participação dos atores sociais neste processo, bem como a identificação de obstáculos para a efetividade do controle social na política de saúde local. Por fim, que subsidiem a análise da efetividade das deliberações do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus-BA no sistema de saúde municipal, objetivo geral deste trabalho.

## **2.2 A formação do profissional em Saúde e o mercado de trabalho no campo da saúde no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde**

O Sistema Único de Saúde (SUS), além de contribuir no processo de redemocratização da sociedade brasileira, de instituir espaços públicos que alteraram a relação entre Estado e sociedade civil na formulação e no acompanhamento da gestão de políticas de saúde, também influenciou na formação dos profissionais de saúde, provocando mudanças no processo de ensino-aprendizagem nos cursos de graduação da área da saúde.

O referido Sistema de Saúde tem como uma das suas atribuições a

participação na formação profissional, expresso especificamente no Art. 200, parágrafo III, seção II, capítulo II da Constituição Federal de 1988, no qual definiu que compete ao Sistema Único de Saúde “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde,” e na Lei Orgânica da Saúde de nº 8080/90, no Título II, capítulo IV, seção I, artigo 15º, parágrafo IX, onde elencou a “participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde” como atribuição comum para a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerem.

Ainda a Lei 8.080/90, no título IV, dos Recursos Humanos, artigo 27, determina que

A política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; valorização de dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde. Parágrafo único: os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Para Araújo, Miranda e Brasil (2007, p. 21),

[...] encontra estabelecido constitucionalmente que uma das tarefas do SUS consiste em ordenar a formação de recursos humanos na áreas de saúde. A Lei Orgânica de Saúde, de 1990, especifica que isso deve incluir todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe princípios inovadores que na prática exige outro perfil de profissional para atuar na política de saúde no território nacional, demandando para as Instituições de Ensino Superior (IES) repensar a estrutura e o funcionamento do processo de formação de modo a atender aos princípios e aos novos valores do SUS (BRASIL, 2004b).

Fernandes *et al.* (2013, p. 88) afirmam que

[...] no campo de formação para a saúde, uma das maiores demandas é a formação de profissionais em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, profissionais que sejam capazes de enfrentar os desafios apontados nos serviços com melhor compreensão e consciência crítica da realidade na qual estão inseridos, com transformação das práticas assistenciais, voltados para a integralidade e justiça social.

Entretanto, é importante ressaltar que os princípios doutrinários e organizativos do SUS impulsionaram o redirecionamento das práticas de prestação de serviços e de formação profissional para atender às demandas de saúde da população. (FERNANDES *et al.*, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2007). O alcance das premissas do movimento da Reforma Sanitária suscitou debates sobre assuntos que fazem interface com o tema recursos humanos, constituindo-se em eixo orientador de reflexão sobre diversos assuntos, a exemplo: organização da rede de atendimento, os baixos salários dos trabalhadores da saúde, a necessidade de instituir isonomia salarial dos profissionais de saúde das esferas federal, estadual e municipal, a incompatibilidade da formação profissional com as necessidades de saúde da população brasileira e com os princípios e as diretrizes constitucionais que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS).

É perceptível que, após a implantação dos princípios da descentralização<sup>27</sup> e da integralidade<sup>28</sup> no Sistema Único de Saúde, houve a instalação de novos

---

27 BAHIA (2008c, p. 28-29), “o princípio da descentralização refere-se ao processo de ampliação das responsabilidades nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), pela formulação das políticas de saúde, seu planejamento, operacionalização e controle social. Trata-se, portanto, de reconhecer poder de decisão nessas esferas e transferir os recursos necessários para que as ações possam ser desenvolvidas. Na saúde, a descentralização tem como grande objetivo a municipalização das ações e dos serviços de saúde. Por esse princípio, parte-se do pressuposto de que, quanto mais próxima da população usuária estiver a gestão dos serviços e as ações de saúde, mais adequada se tornará para a resolução dos problemas específicos de cada região, estado ou município, bem como para o exercício do controle social sobre esses serviços. Além de atender à maior proximidade dos usuários, os serviços devem ser organizados de modo a atender aos níveis diferentes de complexidade dos problemas de saúde que se apresentam”.

28 BAHIA (2008c, p. 28), “outro princípio do SUS é o da garantia da integralidade da assistência à saúde. Por integralidade na atenção à saúde entende-se o compromisso público de responder às necessidades de saúde das pessoas e das coletividades de modo completo. Segundo

modelos assistenciais<sup>29</sup> na rede de serviços de saúde, instituindo os níveis de complexidade da assistência à saúde e requerendo uma postura profissional aberta ao diálogo com os pacientes, com a utilização de abordagem multidisciplinar acerca do processo saúde-doença e a manifestação do compromisso para atender às necessidades da população e à operacionalização do SUS.

O princípio da integralidade pressupõe referenciais teóricos capazes de suscitar práticas de atenção acolhedoras e de criar vínculos com os usuários dos serviços de saúde. Implica em mudanças nas relações de poder entre os profissionais de saúde de forma a criar efetivamente equipes multiprofissionais interdisciplinares, e entre profissionais de saúde e usuários para que estes sejam sujeitos autônomos do cuidado da sua saúde e não pacientes da ação dos profissionais (BRASIL, 2004b).

Para que os profissionais de saúde exerçam o princípio da integralidade, ou seja, prestem uma atenção integral aos usuários e intervenham no enfrentamento dos problemas de saúde, é requerida a capacidade de análise crítica da dinâmica dos territórios onde vivem as comunidades a serem atendidas nas unidades de saúde, demandando também o conhecimento do processo saúde-doença da população e seus determinantes, e de todos os âmbitos e funcionamento da rede de serviços do sistema de saúde (BRASIL, 2004b).

---

este princípio, o SUS garante as ações e os serviços para promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde”.

29 Segundo PAIM (2003b, p. 567-568), “modelos assistenciais ou modelos de atenção têm sido definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (postos, centros de saúde, hospitais, etc.). [...] Modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. São entendidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas”.

AQUINO (2002, p. 23) afirma que, “a partir da década de 80, em alguns municípios do país, vêm sendo construídos “modelos assistenciais alternativos”, voltados para a qualidade de vida, buscando articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação na dimensão individual e na coletiva. Estas propostas têm como objetivo concretizar os princípios e diretrizes para a saúde estabelecidos pela Constituição, como universalidade, regionalização, hierarquização, descentralização e participação popular”.

Enfim, na prática, o princípio da integralidade exige que a atenção ao usuário contemple ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de forma a prestar atendimento integral. Essa situação implicou, ao longo do tempo, a necessidade de promover “mudanças na formação profissional de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios que possibilitarão atenção integral e humanizada à população brasileira” (BRASIL, 2004b, p. 5).

Machado *et al.* (2007, p. 209) analisam que

A constituição e a implementação do Sistema Único de Saúde trouxe novos cenários e possibilidades que exigem estratégias de formação que tenham como referência os princípios éticos da universalidade, da equidade e da integralidade, visando a garantir à população o acesso igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Pelos fatos apontados, pode-se perceber que os princípios da política de saúde atual demandaram características imprescindíveis ao profissional, capazes de promover a saúde integral do ser humano, e instigaram as instituições formadoras a repensar a formação dos profissionais de saúde e reestruturar os projetos pedagógicos.

Soares e Aguiar (2010, p. 897) corroboram com a afirmação a seguir:

O debate sobre a formação inadequada dos profissionais de saúde e sobre a necessidade de modificações nas orientações curriculares tem sido intensificado, no Brasil, pelo advento da reforma sanitária e pelas demandas da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). O debate enfatiza a elaboração, execução e avaliação participativa (gestores, professores e alunos) de métodos e estratégias pedagógicas inovadoras, valorizando o vínculo entre as universidades e os serviços de saúde, bem como a inclusão do princípio da *integralidade* como um eixo da formação em saúde. Considera também a complexidade, as implicações políticas e os desafios acadêmicos que envolvem a transformação do sistema educacional dominante (grifo do autor).

Portanto, diante do exposto, e aliado ao tipo de mão de obra exigido na área de saúde, que demanda novas competências, habilidades e consistência técnica, enfim, requerendo outro perfil profissional para atuar

nos serviços de saúde, fizemos a opção de discorrer acerca das implicações do SUS na formação profissional e no mercado de trabalho.

Além desta justificativa, também entendemos que se torna imperativo fazer, aqui neste estudo, uma análise acerca da temática da formação profissional em virtude do referido assunto estar na pauta das reuniões dos Conselhos de Saúde, e do papel relevante destas instâncias de controle social no acompanhamento das ações de saúde executadas pelas Secretarias da Saúde através do gestor e de sua equipe técnica, e nas deliberações das atividades de educação permanentes destinadas aos trabalhadores da saúde.

Focamos também a imagem do quadrilátero (ensino-gestão-atenção-controle social) da formação profissional na área de saúde proposta por Ceccim e Feurwerker (2004). Para estes autores, “a qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários” (CECCIM; FEURWERKER, 2004, p. 47).

Segundo Ceccin e Feurwerker (2004, p. 48),

As instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução, permeáveis o suficiente ao controle da sociedade, no setor, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação da reforma sanitária brasileira. O controle social em saúde possui dois dispositivos importantes para orientar os sentidos da formação. Previstas em lei específica sobre participação ativa de sociedade na direcionalidade do setor, esses dispositivos são os conselhos de saúde – instâncias de caráter permanente – e as conferências de saúde – convocados em intervalos de quatro anos.

Também vale salientar que, dentre as competências do Conselho Nacional de Saúde instituídas pelo Decreto n.º 5.839, de 11 de julho de 2006, algumas têm interface com atos relacionados à formação de recursos humanos, tais como: acompanhar o processo de desenvolvimento e de incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País e articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação

de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais (BRASIL, 2006b).

Além dos aspectos já descritos anteriormente, consideramos também outros fatos que demandaram alterações no processo de formação dos profissionais de saúde, a exemplo das mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população.

Motta e Aguiar (2007, p. 1) colaboram com a seguinte análise:

A transição demográfica e epidemiológica traz importantes consequências para a educação profissional em saúde. Da etapa caracterizada pelas doenças transmissíveis, vinculadas à pobreza, má nutrição, falta de higiene e saneamento básico, acumulamos as doenças crônico-degenerativas e as patologias socioambientais, onde se destacam a degradação do ambiente, das condições de trabalho e das relações sociais através das drogas, violência e acidentes. A complexidade deste quadro, onde a violência convive com o recrudescimento de doenças transmissíveis, com índices ainda altos de mortalidade infantil e com o aumento da expectativa de vida, é o desafio da formação profissional e das políticas intersetoriais.

Para contribuir com esta reflexão acerca da formação dos profissionais de saúde, nos embasamos no relatório da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1986, que apontou a ausência efetiva da participação das instituições prestadoras de serviços de saúde junto ao setor educacional, sinalizou distorções entre o perfil profissional formado e aquele necessário às demandas dos serviços e, ainda, que o setor educacional não respondia às necessidades de profissionalização para o setor da saúde, com pequena oferta de vagas e inadequação curricular (BRASIL, 1986b).

O referido documento afirma ainda que

Há uma política pessoal implícita e que não é única nos diversos níveis e instituições. Há também uma diversidade de parâmetros para definir os quadros de pessoal, que nem sempre são respeitados e obedecidos, sendo, por vezes, preteridos pelo clientelismo, decorrendo daí que os quadros não atendam as reais necessidades dos serviços. Estas

distorções têm maior poder de influência sobre o mercado de trabalho do que as necessidades concretas dos serviços públicos de saúde. Para que esta situação se reverta, torna-se necessário a formulação de uma nova política de pessoal para o setor (BRASIL, 1986b, p. 13).

É evidente que a política de saúde atual vem requerendo, desde sua implantação, em 1988, uma transformação na organização do trabalho, na qual seja incorporada a noção de integralidade para desenvolver a capacidade de prestar cuidado humanizado e integral à saúde da população. Portanto, torna-se imprescindível a capacidade do profissional de compreender o conceito ampliado de saúde, o processo saúde-doença não somente no indivíduo, mas no núcleo familiar, na coletividade, devendo ofertar atendimento humanizado, instituí-lo, respeitando os preceitos ético-legais para superar as dificuldades encontradas na rede de serviços de saúde. E, ainda mais, com a nova conjuntura é requerida dos trabalhadores em saúde, capacidade de comunicação e de planejamento.

Feuerwerker (2003, p. 25), discutindo essa nova racionalidade, aduz que

[...] com as transformações ocorridas no mundo do trabalho, foram definidas competências gerais, indispensáveis para o exercício profissional em praticamente todas as áreas, mas contextualizadas para a Saúde. Os profissionais devem desenvolver competências no campo da tomada de decisões, que lhes permitam desenvolver trabalho visando ao uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Também devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada.

O mundo do trabalho no setor saúde, após a criação do Sistema Único de Saúde, vem exigindo um perfil de trabalhador qualificado com habilidades para desenvolver ações em equipe multidisciplinar, um trabalhador polivalente, criativo e flexível, imbuído da perspectiva de reestruturação produtiva, capaz de intervir num contexto dinâmico e complexo dos condicionantes sociais e ambientais do processo saúde-doença (ALMEIDA et. al., 2007; KOIFMAN, 2001).

O mercado de trabalho em saúde modificou-se, colocando novas exigências quanto ao conhecimento de outros campos do saber onde outras aptidões são requeridas. Além do conhecimento específico da área biológica para diagnosticar e tratar, é necessário ter competência técnica para acolher, interagir, escutar, dialogar com os usuários dos serviços de saúde. A especificidade do trabalho em saúde tem como premissa básica atender aos interesses dos usuários, contribuindo para seu empoderamento e autonomia no sentido de tornarem-se sujeitos ativos no cuidado da sua saúde (MITRE et al., 2008; ALMEIDA et al., 2007).

Verifica-se que o mercado vem ditando normas e estabelecendo determinadas exigências para a inserção de profissionais na área de saúde com habilidades múltiplas e capacidade de decisão frente a problemas complexos. Raud-Mattedi (2005, p. 129) ressalta que “a relação mercantil, que obriga pessoas a entrar no mercado para trocar bens e serviços indispensáveis à sua sobrevivência, encerra uma dimensão socializadora”.

Para Vale (2006, p. 65), as relações sociais e mercantis

[...] encontram-se, de certa forma, tão imbricadas e entranhadas umas nas outras que seria difícil caracterizar uma situação de causa e efeito entre elas ou, mesmo, estabelecer uma linha divisória entre elas. Relações mercantis encontram-se, em muitos momentos, condicionadas por relações sociais. Por outro lado, relações mercantis, se recorrentes, podem gerar, por sua vez, relações sociais que suportam e reforçam as primeiras e podem provocar o surgimento de novas instituições.

Desse modo, para melhor entender às demandas exigidas pelo mercado de trabalho para o setor educacional, faz-se necessário aqui caracterizar a formação dos profissionais de saúde e descrever os pressupostos básicos que nortearam, ao longo dos anos, a formação dos profissionais de saúde nas instituições de ensino superior. A formação compreende a educação dada em uma instituição da sociedade, no sistema educacional formal, público ou privado, representado pelas escolas, colégios e instituições de ensino superior. A formação transcorre no processo de ensino-aprendizagem, e tal processo educativo baseia-se em uma determinada pedagogia fundamentada em uma dada teoria do conhecimento que norteia a ação.

Existem várias opções pedagógicas que dão substrato à formação dos indivíduos. Entre elas destacam-se a pedagogia da transmissão, a pedagogia do condicionamento e a pedagogia da problematização. A primeira consolida as ideias e o conhecimento como principais fatores da educação, já a pedagogia do condicionamento enfatiza os resultados comportamentais, as manifestações empíricas e operacionais de mudanças de comportamento, atitudes e destrezas, enquanto a pedagogia da problematização caracteriza-se pela valorização da capacidade do aluno de detectar os problemas reais e buscar soluções originais e criativas (BORDENAVE, 1983).

Cada opção pedagógica, ao ser aplicada, provoca resultados no nível individual e no nível social. As consequências da pedagogia da transmissão no nível individual são: elevada absorção de informação, memorização de conceitos, distanciamento entre teoria e prática; e no nível social: individualismo, a falta de participação e a manutenção da divisão de classes sociais. Os efeitos da pedagogia do condicionamento no âmbito individual são: tendência à competitividade, eliminação da criatividade, e no social a tendência à robotização da população e falta de desenvolvimento da consciência crítica. Ao empregar a pedagogia da problematização ocorre que o indivíduo desenvolve habilidades intelectuais, pois a aprendizagem está ligada a aspectos significativos da realidade; e no nível social o resultado é uma população conhecedora de sua realidade, buscando soluções para problemas comuns e resistência à dominação (BORDENAVE, 1983).

Ainda sobre a formação dos profissionais de saúde, a literatura (SOARES; AGUIAR, 2010; ARAÚJO et al., 2007; FLINKLER, 2009) mostra que os pressupostos básicos que nortearam, ao longo dos anos, o ensino, os currículos dos cursos de Medicina e de outras profissões da área de saúde, foram influenciados pelo modelo biomédico flexneriano<sup>30</sup>

---

30 Para Koifman (2001, p. 53), “o modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis natural e psicologicamente perfeitas. O modelo biomédico pressupõe que a máquina complexa (o corpo) precise constantemente de inspeção por parte de um especialista. Assume-se, assim, de modo implícito, que alguma coisa, inevitavelmente, não estará bem dentro dessa complexa máquina. Não fosse por isto, por que as inspeções constantes? O modelo biomédico não vê o corpo como uma máquina perfeita, mas como uma máquina que tem, ou terá, problemas que só especialistas podem constatar.

O fenômeno biológico é explicado pela química e pela física. Não parece haver espaço,

que, dentro de uma visão cartesiana, divide corpo e mente do indivíduo, desconsiderando aspectos fundamentais no processo de adoecer, tais como aspectos psicológicos, sociais e ambientais (ARAÚJO et al., 2007).

Sobre a estrutura curricular dos cursos da área da saúde, Soares e Aguiar (2010, p. 896) consideram que

O modelo curricular hegemônico na saúde é ainda criticado também pela forte influência que recebe dos estudos Flexner, cuja operacionalização ampla veio a constituir o ‘paradigma flexneriano’, que enfatiza uma formação fortemente biológica, hospitalocêntrica, focada no indivíduo, baseada em aulas predominantemente teóricas e no acúmulo de conhecimentos ‘especializados’, ou seja, fragmentados, sustentados pela organização disciplinar dos currículos e pela separação entre ciclo básico e profissional (grifos dos autores).

Para Ceccin e Feuerwerker (2004, p. 43),

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas de cuidado. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação

---

portanto, dentro dessa estrutura, para as questões sociais, psicológicas e para as dimensões comportamentais das doenças. Acredita-se serem as doenças resultado ou de processo degenerativo dentro do corpo, ou de agentes químicos, físicos ou biológicos que o invadem, ou, ainda, da falha de algum mecanismo regulatório do organismo. Segundo essa visão, doenças podem ser detectadas apenas por métodos científicos.

Partindo do princípio concernente a esse modelo, de que a saúde e a vida saudável emergirão automaticamente da ciência, os tratamentos médicos consistiriam em esforços para reestruturar o funcionamento normal do corpo, para interromper processos degenerativos, ou para destruir invasores.

A concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica. Em muitos casos, essa abordagem foi bem sucedida. A ciência e a tecnologia médicas desenvolveram métodos altamente sofisticados para remover ou consertar diversas partes do corpo”.

engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS.

Entretanto, alguns entendem que o processo ensino aprendizagem baseado no modelo flexneriano promove, no aluno, a apreensão fragmentada do conhecimento (desconsiderando a interdisciplinaridade dos saberes), uma valorização exacerbada da teoria e da técnica e um distanciamento do estabelecimento de vínculo e dos aspectos humanísticos no ato do cuidado prestado aos pacientes, e considerando que o perfil profissional resultante dos postulados do modelo biomédico não atende às demandas dos modelos assistenciais alternativos propostos pelo SUS, portanto, que não satisfaz às necessidades de saúde da população, várias críticas foram feitas a este modelo de formação dos profissionais de saúde (ARAÚJO et al., 2007; MIRANDA; COSTA, 2009; AGUIAR; SOARES, 2010; ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

As críticas culminaram com reflexões, dentro das instituições formadoras e das entidades representativas da área de educação, nas quais foram discutidos os efeitos danosos de determinadas correntes teóricas e foi repensado o processo de formação profissional. Houve uma aproximação das instituições que formam os trabalhadores da saúde com as instituições que prestam os serviços de saúde. Esta interlocução com o setor saúde permitiu fazer uma leitura das suas necessidades e buscar reformar o processo ensino-aprendizagem. Isto resultou na alteração da preparação dos discentes, de forma a atender às exigências do mercado de trabalho no campo da saúde.

Após vários questionamentos, os agentes que compõem o setor de educação, dentre eles, instituições reguladoras e instâncias deliberativas, procuram reorganizar o mercado de serviços educacionais para atender ao mercado de trabalho em saúde, utilizando-se da análise do arcabouço legal que ordena o funcionamento dos cursos de graduação na área de saúde.

As reflexões resultaram na construção e organização de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde, que foram submetidas à análise da comissão do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Superior (CES), e aprovadas através do Parecer n.º 1300/01, em 6 de novembro de 2001, e publicadas no Diário Oficial da União, em 7 de dezembro de 2001.

O Parecer do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior de número 1.300/2001, referente às Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área de saúde, delimita como objeto:

Permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (p. 1).

E como objetivo o referido documento definiu:

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde *a aprender a aprender, que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (p.1, grifo do autor).

Pivetta *et al.* (2010) tecem considerações acerca do objetivo das DCN e salientam que aprender a ser diz respeito à dimensão humana do processo formativo do sujeito, aprender a fazer trata da competência técnica que se constrói no desenvolvimento cotidiano das ações práticas, remete às atividades da área de extensão, aprender a viver juntos consiste na transposição do conhecimento teórico para a vida prática na comunidade, aprender a conhecer significa a busca e a construção de novos conhecimentos e tem uma relação direta com o campo da pesquisa.

Nesta perspectiva, as instituições de ensino superior (IES), envolvidas neste processo desde o movimento da reforma sanitária, procuraram cumprir as propostas construídas nas diretrizes curriculares e seguir a lógica da responsabilidade social objetivando que seus egressos sejam agentes transformadores e que, na sua prática profissional, mantenham o compromisso com a cidadania. Desta forma, várias alterações relevantes ocorreram no processo ensino aprendizagem, enfatizando a perspectiva da integralidade, as necessidades da população, conforme

suas peculiaridades locais e a responsabilidade social em contraponto à fragmentação do modelo biomédico.

Estas mudanças na formação do profissional de saúde implicaram em debate sobre a estruturação de currículo, a arte de ensinar, o projeto pedagógico dos cursos na área da saúde, a organização da área de extensão e pesquisa. Ficaram evidentes os esforços envidados por várias instituições de ensino superior para implementar cada área do tripé ensino, pesquisa e extensão<sup>31</sup>, e disponibilizar, na formação acadêmica, atividades baseadas na referida tríade. Tudo isto tem se constituído um desafio para as IES, o de preparar profissionais capazes de enfrentar as novas demandas sociais do mundo do trabalho, ou seja, capacitar profissionais da saúde para atuar na lógica do SUS, e num mercado de trabalho que se encontra em plena expansão.

Na área específica do mercado de formação dos trabalhadores do SUS pode-se depreender que uma parcela das instituições de ensino está no caminho correto para contribuir com a construção do conhecimento emancipador, auxiliar na formação do profissional ético, solidário, que vise humanizar, melhorar a qualidade do atendimento ao usuário do SUS e que objetive organizar coletivamente o trabalho da gestão na atenção e no controle social, possibilitando uma dinâmica inovadora das relações sociais. Todavia, ainda perduram instituições formadoras que alheias estão aos movimentos de mudança perpetuando modelos conservadores que não atendem às exigências do Sistema Único de Saúde e da rede de serviços de saúde que compõem o referido sistema.

Segundo Dal Poz *et al.* (2012, p. 633-636), as diretrizes curriculares dos cursos de saúde motivaram

[...] uma ampla revisão curricular dos cursos de graduação, com a preocupação de graduar profissionais com uma formação generalista, humanista, capacitados a atuar nos diversos níveis de atenção no processo saúde-doença, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. [...] Embora propostas pelo Ministério da

---

31 BRASIL, Constituição Federal de 1988, Capítulo III da Educação, da Cultura e no Desporto, seção I da Educação, art. 207: “As Universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”.

Educação há uma década, as mudanças na educação são mais lentas e têm um tempo de maturação até produzir resultados perceptíveis e mensuráveis. Por certo, não acompanham a velocidade das mudanças no sistema de saúde. [...] O desafio é planejar de maneira articulada a formação profissional e a política assistencial. Saúde e educação devem ser pensadas conjuntamente. A sustentabilidade em longo prazo da política assistencial requer a superação da histórica negligência de políticas para recursos humanos, bem como o enfrentamento da iniquidade distributiva da força de trabalho.

Por outro lado, o mercado de trabalho na área de saúde foi ampliado de forma significativa, os dados da Pesquisa de Assistência Médica Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2005) demonstram a evolução na oferta de emprego nesta área, mostrando que houve uma grande expansão dos serviços de saúde após a implantação do SUS, contando-se com a geração de oportunidades de trabalho para profissionais de saúde, tanto no setor público como no setor privado, como mostra a TABELA 1. Salientamos que não temos aqui a intenção de discutir as formas de empregabilidade e as modalidades de contratação.

**TABELA 1** – Evolução da oferta de emprego na área da saúde no setor privado e no público, Brasil 1980-2005

Ano	Setor privado	Setor público
1980	307.673	265.956
1992	735.820	702.888
2005	1.117.945	1.448.749

Fonte: AMS/IBGE, 1980-2005.

Por fim, a educação profissional, a formação dos profissionais de saúde, a metodologia de ensino, entre outros fatores, tornaram-se assuntos prevalentes na pauta das discussões e preocupações das instituições de ensino superior. A premissa básica, no bojo destes debates, era ter como eixo norteador do processo de formação profissional, a inserção do aluno no contexto dos serviços de saúde, garantindo uma aproximação com os problemas da realidade de forma a proporcionar, ao acadêmico, a aprendizagem teórico-prática e possibilitar a articulação entre ensino/pesquisa/extensão (FEURWERKER, 2003).

Para Feuerwerker (2003, p. 26), a educação profissional

[...] deve estar orientada aos problemas mais relevantes da sociedade, de modo que a seleção de conteúdos essenciais deve ser feita com base em critérios epidemiológicos e nas necessidades de saúde. [...] é fundamental a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que possibilitam a construção dos conhecimentos a partir dos problemas da realidade, bem como a integração de conteúdos básicos e profissionalizantes, a integração entre teoria e prática, bem como a produção de conhecimento integrada à docência e à atenção.

Além das mudanças no campo do ensino, adotando metodologias ativas para a construção do conhecimento científico contextualizado e o fortalecimento da integração teoria e prática, onde o educando é protagonista do processo ensino aprendizagem, observamos que, para favorecer a consolidação da articulação com a rede de serviços de saúde, têm ocorrido investimentos na área de extensão, mediante a implantação de projetos que possibilitam ao aluno intervir na realidade, em outros cenários de práticas (extramuros). Como exemplo temos o Programa de Educação pelo Trabalho, desenvolvido pelas IES em parceria com os Ministérios da Educação e da Saúde<sup>32</sup>. A extensão é uma atividade de integração das IES com comunidades locais, que permite aos alunos colocar em prática o conhecimento científico adquirido.

Os projetos de extensão universitária têm contribuído para a troca de experiências e de saberes entre a população, os trabalhadores da saúde e os estudantes, e também entre docentes e discentes, e têm viabilizado a aproximação da academia com os serviços de saúde e com outros setores. A implementação da extensão tem oportunizado a interação do educando com os problemas de saúde da sociedade e o instrumentalizado na busca de resolução dos mesmos, o que tem cooperado de forma significativa na formação e colaborado com a melhoria das condições de vida da comunidade alvo.

---

32 Segundo Mascarenhas *et al.* (2012, p. 143) , “o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde lançado pelos Ministérios da Educação e da Saúde, em 2008, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação em Saúde (SGTES), é uma importante estratégia para modificar a formação dos profissionais de saúde e qualificar a Atenção Básica”.

Para Pereira *et al.* (2011, p. 95), “a extensão universitária e o serviço voluntário são importantes meios facilitadores de interações mais dinâmicas e verdadeiras entre o aluno e a comunidade, sendo que os frutos dessa interação beneficiam a ambos”.

O Decreto Presidencial de n.º 6.495, de 30 de junho de 2008, que institui o Programa de Extensão Universitária, tem o intuito de: ampliar a interação das Instituições de Ensino Superior (IES) com a sociedade; contribuir para a melhoria de qualidade da educação brasileira por meio do contato direto dos estudantes com realidades concretas, facilitando a troca de saberes acadêmicos e populares; estimular o desenvolvimento social e o espírito crítico dos estudantes, bem como a atuação pautada na cidadania e na função social da educação superior, entre outros objetivos. Fica garantido que o Ministério da Educação dará apoio financeiro aos projetos desenvolvidos pelas IES que tenham sido selecionados e aprovados em editais de chamada pública (BRASIL, 2008a).

Ainda discorrendo sobre o processo de formação acadêmica, consideramos que é imprescindível a realização de atividade de pesquisa, o fomento do exercício da construção de outros conhecimentos e o aprimoramento do saber científico. A iniciação científica é considerada atividade complementar nas diretrizes curriculares nacionais, devendo ser, portanto, incrementada durante todo o curso de graduação. Para garantir uma formação de qualidade, as universidades públicas têm buscado apoio de agências financiadoras para subsidiar projetos de pesquisa, sendo que o aporte maior de recursos ainda é destinado aos cursos de pós-graduação. Ainda assim, as universidades públicas têm proporcionado meios para investigação, levantamento de dados, elaboração e testagem de hipóteses, enfim, produção de conhecimento, de forma a contribuir com a formação profissional e com o avanço da ciência.

Neste panorama da formação profissional, verifica-se também a expansão do ensino superior privado ampliando a oferta do número de vagas nos cursos de graduação na área de saúde. O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, através do estudo “A Educação no Brasil na década de 90,” demonstra o aumento da oferta do ensino superior privado no Brasil:

[...] o avanço do ensino privado na década de 90 alavancou o aumento de 32,1% no número de instituições naquele período. Entre 1991 e 2000, o número de instituições de ensino superior (IES) passou de 893 para 1.180 em todo o país. Dentre estas, os dados relativos às instituições privadas apontam um salto de 671 para 1.004 unidades, crescimento de 49,6%. Já a quantidade de instituições públicas, neste período, caiu significativamente (-20,7%), principalmente pela redução do número de escolas estaduais (-25,6%) e municipais (-35,7%). As universidades federais, por outro lado, chegaram a 2000 com 8,9% mais unidades que em 1991 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS, 1999, p. 46).

E o Censo da Educação Superior (2004) registrou a existência de 2.013 IES no País, sendo 224 públicas (87 federais, 75 estaduais e 62 municipais) e 1.789 privadas (1.401 particulares e 388 comunitárias/confessionais/filantrópicas), ou seja, as IES privadas representam 88,87% do total (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS, 2008).

Com base nos dados do INEP sobre a evolução da quantidade de cursos de graduação na área de saúde (TABELA 2 e TABELA 3), verifica-se o aumento expressivo de escolas, refletindo no crescimento da oferta de vagas a cada ano, principalmente nas instituições de ensino privado.

França, Varella e Pierantoni (2003, p. 6) corroboram as informações do INEP quando afirmam que “o sistema de ensino superior no Brasil é predominantemente privado (cerca de 60%)”.

Segundo Lima (2007, p. 10),

[...] a magnitude do ‘mercado educativo’ em saúde é outro filão de mercantilização que se expande pelo Brasil afora. Segundo levantamento que realizamos no Censo da Educação Profissional de 2002, temos, no Brasil, 995 estabelecimentos de ensino que oferecem 1.473 cursos de educação profissional em saúde. Esses estabelecimentos e cursos, em sua maioria, estão localizados na região Sudeste, certamente porque aí também se concentra o mercado de trabalho em saúde (grifo do autor).

**TABELA 2** – Número de cursos de graduação presenciais da área da saúde em instituições de ensino superior público e privado no Brasil, no período de 1997 a 2001

Cursos	Instituições Públicas					Instituições Privadas				
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
Biomedicina	-	-	-	2	2	-	-	-	5	9
Ciências Biológicas	87	123	154	189	183	66	81	115	174	180
Educação Física	76	78	84	110	116	77	88	125	157	181
Enfermagem	71	72	77	75	75	52	65	76	108	140
Farmácia	33	33	42	40	42	37	57	74	103	125
Fisioterapia	20	24	27	29	31	60	91	121	151	182
Fonoaudiologia	8	8	12	11	11	36	45	52	65	74
Medicina	50	52	52	52	55	38	40	45	48	51
Medicina Veterinária	33	33	35	35	38	30	44	52	55	62
Nutrição	23	23	26	28	30	24	40	57	71	83
Odontologia	48	49	49	51	52	52	68	82	91	101
Psicologia	43	44	41	42	44	84	97	128	150	159
Serviço Social	33	33	28	31	32	47	48	57	64	72
Terapia Ocupacional	6	6	6	6	7	13	17	20	21	23

Fonte: Inep, 1997 a 2001.

Nota: Elaborado pela Meire Núbia Santos de Santana.

**TABELA 3** – Número de cursos de graduação presenciais segundo área de conhecimento saúde e bem-estar social\* em instituições de ensino superior público e privado no Brasil, no período de 2007 a 2011

Anos	Total	Instituições Públicas			Instituições Privadas	
		Federal	Estadual	Municipal	Particular	Comun/Confes/ Filant
2007	2.864	286	194	78	1.372	934
2008	3.085	305	13	83	1.513	971
2009	3.381	404	253	88	2.020	616
2010	3.413	426	232	83	2.672	
2011	3.560	438	235	100	2.787	

Fonte: Inep, 2007 a 2011.

Notas: \*Enfermagem, Farmácia, Medicina, Odontologia, Educação Física, Serviço Social, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e outros. Elaborado pela Meire Núbia Santos de Santana.

Apesar do empenho das instituições de ensino superior para compreender as tensões do mercado de trabalho do setor saúde, buscando acatar as diretrizes curriculares nacionais, acompanhar a dinâmica da realidade para atender às demandas atuais, existem entraves acumulados na gestão da educação, entre as quais destacam-se a concentração espacial de instituições formadoras, oferta limitada de vagas no ensino público e a inadequação da formação profissional para atuar nos modelos de atenção propostos pelo Sistema Único de Saúde.

Visando superar tal problemática, o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Educação, tem desenhado estratégias como: implantação de política na área de formação e desenvolvimento de recursos humanos, criação de polos de educação permanente, reconhecimento da importância estratégica dos recursos humanos para o SUS, profissionalização dos trabalhadores de nível técnico, articulação ensino-serviço-comunidade, discussão e projetos educativos nas instâncias colegiadas do SUS, bem como a criação, no Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, assegurando a interlocução do setor saúde com o setor educacional (BRASIL, 2012a).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) desenvolve ações para o fomento de políticas para formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização do trabalho no SUS, e tem como objetivo contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde (BRASIL, 2012a).

No intuito de colaborar com o ordenamento dos recursos humanos para a saúde, a SGTES implantou, a partir de 2005, diversos programas em parceria com gestores públicos estaduais e municipais e com instituições de ensino superior. Entre eles, destacam-se: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró Saúde), 2005, o Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde), 2007, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), 2009, a Universidade Aberta do SUS (UNA SUS), 2008, o Programa Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, 2007, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB),

2011, e o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio (PROFAPS), 2009, entre outros (BRASIL, 2012a).

Alguns destes programas citados têm como público alvo estudantes de graduação, docentes na condição de tutores e profissionais dos serviços de saúde que assumem a preceptorial visando à reorientação da formação dos profissionais de saúde; outros estão voltados para a qualificação dos trabalhadores de saúde em atividade nos serviços através de tecnologias de comunicação e informação, biblioteca virtual, mediante curso de capacitação de ensino na modalidade de educação a distância, também por meio de financiamento de bolsas destinadas a discentes, docentes e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2012a).

Com estes programas, o Ministério da Saúde tem contribuído tanto na constituição de novos perfis profissionais, como no fomento à educação permanente dos profissionais da saúde que estão na ativa, bem como promovido a interação entre instituições de ensino e serviços de saúde. Enfim, estes investimentos ministeriais, através da SGTES, têm qualificado mão de obra, aprimorado a execução das ações de saúde, tentando equalizar a oferta de serviços e reduzir as desigualdades quanto ao acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2012a).

Podemos assegurar que a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto política pública trouxe princípios inovadores que instigaram os órgãos responsáveis pela formação profissional a fazer uma ampla discussão, o que provocou a reestruturação do projeto político-pedagógico dos currículos e das práticas de ensino. Entretanto, é importante salientar que as instituições de educação não estiveram distantes da construção do referido sistema, vez que elas ofertaram contribuições importantes desde o período da formulação e proposição do SUS. Assim como é preciso afirmar que o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade de contribuir com a ordenação dos recursos humanos para a saúde e vem desenvolvendo programas para colaborar com a formação profissional, na perspectiva de qualificar os futuros profissionais para atuarem com responsabilidade e comprometimento, frente às necessidades de saúde do coletivo, de acordo com as especificidades de cada região, para intervir e promover ações de saúde fundamentadas nos princípios do SUS.

Por fim, percebemos, com nitidez, o esforço dos Ministérios da Educação e da Saúde para melhorar a qualidade no atendimento ao usuário do SUS ao buscar preparar recursos humanos competentes, capazes de oferecer soluções viáveis e factíveis para os problemas de saúde da população brasileira.

Consideramos, entretanto, que temos, ainda, neste percurso, muitas limitações, e que todos estes investimentos são incipientes para superar os entraves acumulados no campo da gestão da educação e da saúde, uma vez que o cenário atual revela que persistem conceitos e práticas, nas instituições formadoras, calcados no modelo flexneriano (com privilégio do saber clínico em detrimento de outros saberes) e no campo dos serviços de saúde com precárias condições de trabalho, vínculos trabalhistas instáveis, onde ocorre o desenvolvimento de ações enquanto um ato puramente técnico, baseado em valores e concepções cristalizadas (BRASIL, 2004b).

Ademais, afirmamos que ainda é um desafio, tanto para as instituições de ensino como para o mercado de trabalho na saúde, o fortalecimento e a integração ensino-serviço-comunidade com a finalidade de desenvolver práticas de saúde na perspectiva da integralidade de forma contínua e humanizada. E que o controle social, através dos Conselhos e Conferências de Saúde, tem um papel relevante neste desafio.

E utilizamos a afirmação de Machado *et al.* (2007, p. 220) para sustentar os desafios por nós sinalizados anteriormente:

[...] o desafio de construir, de fato e de direito, um sistema de saúde democrático e participativo, obriga a refletir e a compartilhar intervenções no processo de formação profissional, não só para preparar indivíduos aptos a ingressarem no mundo do trabalho em saúde, conscientes de sua responsabilidade técnica e social, mas, fundamentalmente, formar homens e mulheres cientes de seus direitos e deveres na construção de uma sociedade menos desigual.

Enfim, outro aspecto constatado diante dessas considerações sobre a formação profissional na área de saúde e seu respectivo mercado de trabalho após a implementação do SUS é a necessidade de fortalecer a articulação entre o Ministério da Saúde e o da Educação para garantir

a sustentação da transformação do processo ensino aprendizagem na formação profissional, a continuidade dos investimentos na qualificação dos trabalhadores de saúde já incorporados ao mercado de trabalho e, conseqüentemente, alcançar o objetivo de, nos serviços de saúde, prestar assistência integral à população com ética, responsabilidade técnica e compromisso social.

# CAPÍTULO III

## **PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL A NÍVEL LOCAL: A EXPERIÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ILHÉUS, BAHIA**

Neste capítulo demarcamos o objeto de estudo, discorremos sobre os objetivos desse trabalho e em seguida fazemos a caracterização do município alvo da pesquisa, enfocando seus aspectos geográficos, históricos, demográficos, econômicos, sociais. Apresentamos considerações sobre o setor saúde, desde a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde, passando pela rede de serviços ofertados no município, destacando as responsabilidades assumidas e os compromissos pactuados pela gestão municipal com o Estado da Bahia até os indicadores de saúde. Enfim, construímos um panorama da política de saúde no município de Ilhéus.

Vislumbramos também a descrição da institucionalização e da experiência do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus (CMSI), tomando como base as informações contidas nos documentos disponíveis na sede do referido Conselho e no Diário Oficial do Município. A análise encontra-se focada na implantação jurídico-legal da referida instância

de participação social desde a sua criação, em 1994, até o ano de 2010. Além da ênfase na legislação, tratamos da configuração do CMSI no que concerne a sua organização e ao seu funcionamento.

Em seguida, empreendemos a análise dos dados levantados nas atas do Conselho Municipal de Saúde, no período entre 2000 e 2010, evidenciando os temas abordados na pauta e nas deliberações tomadas. Finalizamos, apresentando e analisando o perfil dos Conselheiros entrevistados, suas percepções acerca dos problemas de saúde de Ilhéus, as informações dos mesmos sobre a legislação do SUS, as atribuições do Conselho, os instrumentos de gestão, e as suas opiniões sobre a efetividade do controle social na política de saúde local.

### **3.1 Delimitação temática**

O foco deste estudo está centrado na dinâmica da participação dos Conselheiros municipais de saúde na construção da política de saúde no município de Ilhéus, Bahia, retratando a estrutura, o funcionamento do Conselho Municipal, e a operacionalização das atribuições e funções desta instância de participação. Assim, também, foram investigadas e descritas as relações do Conselho Municipal de Saúde com o poder público na formulação da política e na tomada de decisões para alocação dos recursos financeiros, analisando a ocorrência da formação de consensos e as negociações de interesses no referido espaço público.

O intuito desta pesquisa foi analisar o Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, Bahia, identificando seu desempenho como espaço público de participação na política de saúde local, assim como percebendo e discorrendo sobre a institucionalização e a efetividade do controle social na referida política pública.

A partir desse recorte, buscou-se conhecer e entrevistar os atores sociais que participaram e/ou participam do controle social na política de saúde em Ilhéus-BA, delinear o perfil dos mesmos, ou seja, a caracterização dos Conselheiros entrevistados, verificar seus conhecimentos acerca da legislação do SUS, suas proposições, reconhecendo a atuação diante da demanda dos segmentos que representam.

Objetivou-se também investigar os possíveis conflitos nas relações entre os representantes do Estado, os prestadores dos serviços de saúde, os trabalhadores da saúde e as organizações da sociedade civil. E, mais ainda, averiguar a existência de interlocução deste espaço público com os órgãos de controle externo, tais como: Ministério Público, Defensoria Pública, Tribunal de Contas dos Municípios e Controladoria Geral da União.

O alvo da investigação empírica é a dinâmica institucional do Conselho de Saúde enquanto espaço público de participação que, neste estudo, possibilitou identificar em quais circunstâncias se desenvolve o controle social no cenário da política de saúde em Ilhéus, Bahia, permitindo, desta forma, conhecer, descrever, analisar e interpretar a temática demarcada para o estudo. Enfim, os dados empíricos da pesquisa permitiram apresentar uma descrição e análise da criação, estrutura e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, expondo uma visão detalhada da participação na referido espaço público verificando sua efetividade deliberativa.

### **3.2 Cenário de estudo**

Este trabalho foi desenvolvido no Município de Ilhéus, localizado na Região Sul do Estado da Bahia, que tem uma área geográfica de 1.760,004 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 104,68 hab./km<sup>2</sup>, distante 445 km da capital. Faz divisa, ao leste, com o oceano Atlântico; ao norte, com os municípios de Aurelino Leal, Itacaré e Uruçuca; ao oeste, com os municípios de Itabuna, Buerarema, Itajuípe e Coaraci; e ao sul, com o município de Una (ILHÉUS, 2007a; BAHIA, 2008b).

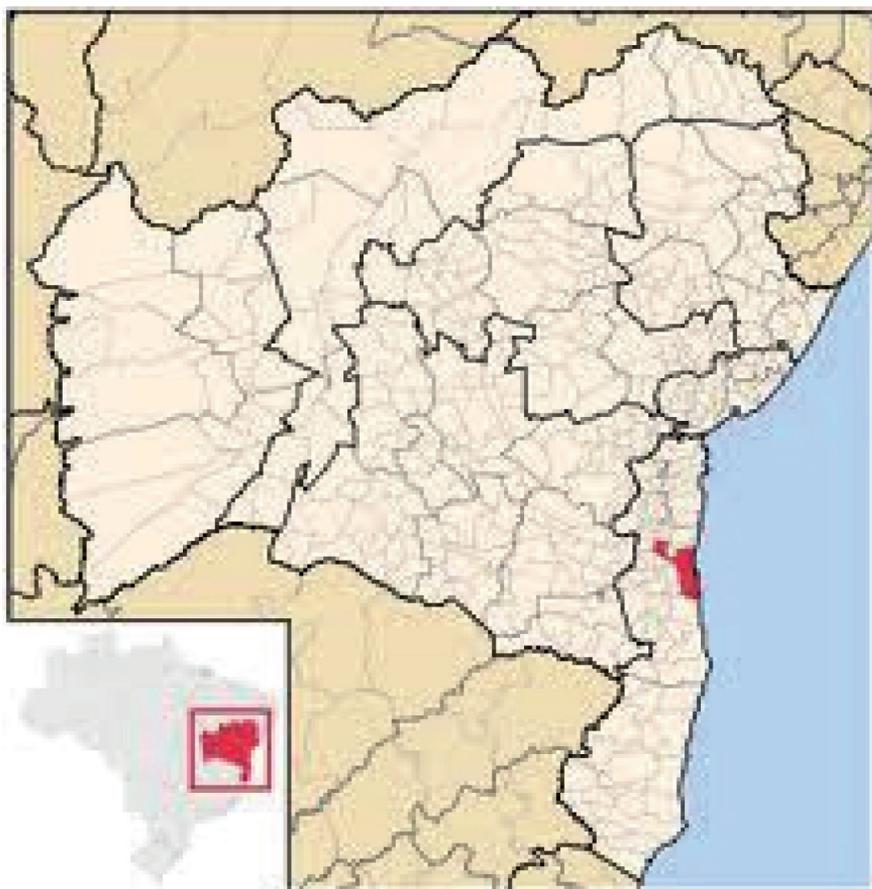
A história de Ilhéus começou em 1.534, quando foi instituída como capitania hereditária, denominada de Vila de São Jorge, em homenagem ao donatário Jorge de Figueredo Correia. Naquela época, possuía uma igreja e produção de cana-de-açúcar; prosperou, sendo considerada uma das capitanias mais ricas do Brasil (VINHAES, 2001).

Com a expansão da vila, foi elevada à categoria de cidade em 28 de junho de 1.881, mediante Lei Provincial nº 2.187, entretanto ainda

sob a denominação de São Jorge dos Ilhéus, e a partir do século XX, a cidade, impulsionada pela cultura cacaueteira, tornou-se um núcleo urbano de referência na Região Sul da Bahia (ILHÉUS, 2002).

Atualmente o município possui a sede, dez distritos e dezenove povoados. Quanto à economia, é baseada em serviços (comércio, turismo), indústria (moagem de cacau, polo de informática, etc.), e agropecuária e agricultura (com destaque para a produção do cacau, embora venha diversificando o cultivo com seringa, piaçava, coco, dendê e flores tropicais) (ILHÉUS, 2010a).

**FIGURA 1** – Mapa do Estado da Bahia



Fonte: <[www.google.com.br](http://www.google.com.br)>, 2013.

**FIGURA 2** – Mapa do município de Ilhéus, Bahia



Fonte: <www.google.com.br>, 2013.

Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), o produto interno bruto per capita a preços correntes corresponde a R\$12.169,37 e, apresenta rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes – rural, no valor de R\$246,25, e urbano, de R\$400,00. De acordo com o IBGE (2010), 3.068 domicílios particulares permanentes têm rendimento nominal mensal domiciliar de até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo, 9.169 domicílios apresentam um rendimento mensal domiciliar de mais de  $\frac{1}{2}$  a 1 salário mínimo (SM), 15.796 domicílios, mais de 1 a 2 SM, 16.477 domicílios, mais de 2 a 5 SM, 6.274 domicílios, mais de 5 a 10 SM, 2.138 domicílios, mais de 10 a 20 SM e 1.292 domicílios, mais de 20 SM. E 1.814 domicílios foram declarados como sem rendimento.

O município de Ilhéus possui uma população de 184.236 habitantes, sendo que, desta, 89.440 pessoas são do sexo masculino e 94.796 do sexo feminino (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). A população residente total está estratificada em 29.735 crianças de 0 a 9 anos, 34.198 adolescentes de 10 a 19 anos, 33.712 adulto jovem de 20 a 29 anos, 70.342 adultos de 30 a 59 anos, e 19.328 idosos com 60 anos e mais (BAHIA, 2012d).

Quanto à infraestrutura, Ilhéus dispõe de um sistema de abastecimento de água operado pela Empresa Baiana de Águas e Saneamento (Embasa), que, mediante duas fontes de captação através de adutoras de reserva, trata e distribui água à população. Em parte do território conta com o serviço de esgotamento sanitário. A limpeza urbana é realizada pela Prefeitura Municipal, sendo da responsabilidade da Secretaria de Infraestrutura, que contrata empresa para operacionalização do serviço. O município de Ilhéus não dispõe de aterro sanitário, portanto o lixo coletado é encaminhado para um depósito a céu aberto, localizado na zona rural. Segundo dados do IBGE (2010), 58,02% dos domicílios particulares permanentes têm saneamento adequado<sup>33</sup>, 32,94% dispõem de saneamento semiadequado<sup>34</sup>, 9% têm saneamento inadequado<sup>35</sup>.

Referente à área de educação, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012), baseado nos dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Nacionais, Ministério da Educação e Cultura (INEP, MEC), informa que o município conta com 63 pré-escolas, 93 estabelecimentos de ensino de nível fundamental, e 26 de nível médio. Conforme o Plano Municipal de Saúde de Ilhéus 2010-2013 (2010) para a formação de nível superior, a cidade dispõe de diversos cursos de graduação e pós-graduação ofertados pela Universidade Estadual de Santa Cruz, pelas Faculdade de Ilhéus e Faculdade Madre Thaís. Dentre os cursos na área de saúde destacam-se: enfermagem, nutrição, biomedicina, medicina, educação física, entre outros; neste ano de 2013 está tendo início um curso de odontologia.

O IBGE (2010) confirma que 146.114 pessoas dentre a população residente é alfabetizada, que a taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais é de 12,5%, portanto, que 17.206 pessoas na faixa etária referida não sabem ler e escrever.

---

33 Saneamento adequado compreende abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica e lixo coletado diretamente ou indiretamente (IBGE, 2010).

34 Saneamento semiadequado contempla domicílios com pelo menos uma forma de saneamento considerada adequada (IBGE, 2010).

35 Saneamento inadequado indica que todas as formas de saneamento são consideradas inadequadas (IBGE, 2010).

Conforme o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2013), o índice de desenvolvimento humano é de 0,521, o que indica que melhorou, visto que saiu de 0,389 em 1991, para o valor citado anteriormente, tendo uma taxa de crescimento de 33,93%, sendo que em 2010 o referido índice evoluiu para 0,690 (ILHÉUS, 2010a). No Mapa da Pobreza e Desigualdade (2003), a incidência da pobreza é de 47,34 %, e o Índice de Gini 0,50. Já o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (ILHÉUS, 2010a) refere que no ano 2000 Ilhéus registrou como de 0,64 o Índice de Gini<sup>36</sup>, demonstrando uma significativa desigualdade na distribuição de renda.

No que se refere ao setor saúde, este é ocupado por profissionais liberais, autônomos, funcionários públicos e por empresas que prestam serviços de saúde nas suas mais diversas áreas. A Secretaria de Saúde do município compõe-se de uma estrutura organizacional e administrativa, que dispõe de departamentos e de coordenações. A estrutura é composta por: gabinete do secretário, departamento administrativo-financeiro, departamento de planejamento, acompanhamento e avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), departamento de média e alta complexidade e atenção hospitalar, departamento do sistema de controle, avaliação e auditoria do SUS, departamento de atenção básica e departamento de vigilância à saúde (ILHÉUS, 2007a).

Este órgão da administração pública tem o papel de formular, coordenar empreender e supervisionar a execução das políticas de saúde através das ações próprias da sua rede de serviços ou das unidades de saúde do setor privado, filantrópico conveniadas ao SUS, e da esfera estadual e federal em regime de comodato com o município (ILHÉUS, 2007a).

O município de Ilhéus dispõe de 216 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (<[www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br)> ), distribuídos da seguinte forma:

---

36 Coeficiente de Gini mede o grau de desigualdade na distribuição de renda domiciliar per capita entre os indivíduos (<[www.brasil.gov.br](http://www.brasil.gov.br)> ).

**TABELA 3** – Quantidade de estabelecimentos de saúde no município de Ilhéus, Bahia, segundo tipo de prestador de serviço, 2013

<b>Tipo de prestador de serviço</b>	<b>Quantidade</b>
Pessoa física com fins lucrativos	59
Pessoa física sem fins lucrativos	71
Privado optante pelo simples	10
Pública estadual	2
Pública municipal	71
Filantrópica com CNAS válido	2
Sindicato	1
<b>Total</b>	<b>216</b>

Fonte: Cnes/Datasus/SAS/MS, 2013.

**TABELA 4** – Número de unidades de saúde no município, segundo tipo de estabelecimento, Ilhéus, Bahia, 2013

<b>Tipo de estabelecimento</b>	<b>Quantidade</b>
Posto de saúde	16
Centro de saúde/Unidade básica	31
Hospital Geral	6
Policlínica	17
Pronto socorro geral	1
Consultório isolado	68
Clínica/centro de especialidade	36
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT ISOLADO)	23
Unidade móvel terrestre	2
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	4
Farmácia	2
Secretaria de Saúde	2
Centro de atenção psicossocial	3
Hospital dia	2
Unidade de atenção à saúde integral	2
Central de regulação na área das urgências	1
<b>Total</b>	<b>216</b>

Fonte: CNES/Datasus/SAS/MS, 2013.

Desses 216 estabelecimentos de saúde, conforme o Cnes, dois pertencem à esfera administrativa estadual, 71 à esfera municipal e 143 ao setor privado. A rede municipal de atendimento oferece principalmente ações de atenção básica e algumas unidades prestam procedimentos de média complexidade. Grande parte dos serviços de média e alta complexidade é ofertada em unidades de saúde do setor filantrópico e privado, que são credenciadas ao Sistema Único de Saúde.

O município de Ilhéus tem a obrigação de garantir, em seu território, a prestação de serviços de saúde nas unidades próprias e contratadas, até mesmo a referência intermunicipal (externa) aos seus municípios, sendo que a contratação dos serviços privados e o pagamento da fatura pelos procedimentos realizados são de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que o referido município aderiu/assinou o Termo de Compromisso de Gestão Municipal instituído no Pacto pela Saúde<sup>37</sup> e no Pacto de Gestão do SUS<sup>38</sup>, em substituição à gestão plena do sistema municipal de saúde<sup>39</sup>. E recebe, mensalmente, recursos financeiros transferidos do Ministério da Saúde em 6 (seis) blocos: atenção básica,

---

37 Segundo BRASIL (2009, p. 232-233), “reúne um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) e tem o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. O Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca de equidade social. A adesão se dá pela construção do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. O Pacto pela Saúde engloba o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O documento de diretrizes operacionais foi pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 9 de fevereiro de 2006, e formalizado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006”.

38 Segundo BRASIL (2009, p. 229), “é uma das três dimensões do Pacto pela Saúde, e estabelece as responsabilidades de cada ente federado do SUS, de forma clara e inequívoca, diminuindo competências concorrentes e estabelecendo diretrizes e aspectos como descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação em Saúde. Extingue as antigas formas de habilitação estabelecidas pela NOB SUS 96 e na Noas SUS 01/02, substituídas pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão”.

39 Segundo BRASIL (2009, p. 170), “modalidade de gestão definida na NOB SUS 96 e na NOAS SUS 01/02”.

assistência farmacêutica, serviços de média e alta complexidade, gestão do SUS e vigilância em saúde e investimento, os quais totalizaram, em valor bruto, no ano 2012, R\$39.819.131,00 (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2013).

Portanto, o gestor da saúde tem o compromisso da elaborar toda a programação municipal, que contenha, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar com a incorporação negociada com a programação estadual, sendo o município responsável pela oferta das ações de saúde em todos os níveis de complexidade (atenção básica, média e alta complexidade), e ainda por contratação, controle, auditoria, pagamento aos prestadores de serviços, operação dos sistemas de informação, avaliação permanente dos impactos das ações, além de outras responsabilidades.

Nesse contexto, o processo de gestão da política de saúde em Ilhéus envolve a organização e o controle dos recursos humanos, recursos materiais e equipamentos, a organização do fluxo de informações, estabelecimento de convênios e compra de serviços de saúde de instituições filantrópicas e privadas a fim de complementar a oferta de serviços de saúde existentes na rede própria, assim como o acompanhamento, a avaliação e os pagamentos das contas dos prestadores, entre outras atribuições (ILHÉUS, 2007a).

No Plano Municipal de Saúde (ILHÉUS, 2010a) relativo ao período de 2010-2013, os indicadores de saúde apresentados demonstram que vem ocorrendo queda na taxa de natalidade, aumento da esperança de vida ao nascer, tendência crescente do índice de envelhecimento. Também exibe um perfil de morbidade com número expressivo de atendimento antirrábico, elevada frequência de casos de dengue clássicos, as formas graves da doença, como febre hemorrágica do dengue e complicações por dengue, além do aumento na detecção dos casos de hanseníase e significativa notificação de casos de sífilis, inclusive de sífilis congênita.

A partir dos dados de morbidade registrados nos sistemas de informação em saúde, elaboramos a TABELA 5, que apresenta a frequência de notificação e o coeficiente de incidência de doença de notificação compulsória no município de Ilhéus, Bahia, nos anos de 2009, 2010 e 2011.

**TABELA 5** – Número e coeficiente de incidências por 100.000 habitantes de doenças de notificação compulsória, Ilhéus, Bahia, no período de 2009 a 2011

Agravos	2009		2010		2011	
	Nº	C. I	Nº	C. I	Nº	C. I
Aids em adultos	14	6,38	29	15,74	14	7,53
Acidentes com animais Peçonhentos	30	13,68	35	18,99	34	18,29
Coqueluche	-	-	01	0,54	01	0,53
Dengue	4.240	1933,73	1.482	804,4	1.772	953,17
Febre tifoide	01	0,45	-	-	-	-
Hanseníase	28	12,76	22	11,94	29	15,6
Hepatites virais	55	25,08	57	30,93	110	59,2
Leptospirose	21	9,57	26	14,11	22	11,84
Leishmaniose	64	29,18	111	60,24	87	46,82
Tegumentar						
Malária	01	0,45	-	-	-	-
Sífilis congênita	36	16,41	29	15,74	21	11,3
Sífilis em gestante	72	32,83	46	24,96	22	11,84
Tétano acidental	01	4,5	-	-	-	-
Violência doméstica, sexual e outras	10	4,56	24	13,02	23	12,37

Fonte: Sesab/DIS/Sinan, 2010 a 2011.

Os dados apresentam um aumento repentino na identificação dos casos de Aids, de 2009 a 2010, seguido de queda brusca, voltando para o patamar anterior. Este acréscimo pode estar relacionado à oferta do exame para detecção do vírus realizada através de campanha. Também expõe uma regularidade na notificação dos acidentes com animais peçonhentos e casos de leptospirose, entretanto a frequência é alta destes dois últimos agravos referidos.

Podemos associar o número de casos elevados de acidentes com animais peçonhentos à exposição dos trabalhadores rurais no desenvolvimento das atividades laborais no setor agrícola, que tem condições favoráveis ao refúgio dos referidos animais e à não utilização de equipamentos de proteção individual. Já a frequência apresentada de casos de leptospirose acreditamos ter relação com a deficiência de saneamento básico, com

a inadequação do destino dos resíduos, favorecendo a proliferação de roedores, tornando a população suscetível de contrair a referida doença.

Os dados da TABELA 5 exibem um número significativo de casos de leishmaniose tegumentar e hepatites virais; a primeira doença citada é considerada endêmica no município de Ilhéus, devido ao padrão de ocorrência na população. Enquanto o aumento dos casos notificados das hepatites pode estar relacionado à ampliação da oferta de exames laboratoriais na rede própria e conveniada destinada à população em geral.

A referida TABELA também demonstra estabilidade na detecção de hanseníase, embora esteja acima da meta esperada pelo Ministério da Saúde (1 caso para cada 10.000 habitantes). Os dados ainda expressam que o risco de adoecer por dengue é elevado, fato que deve estar associado ao índice de infestação, à dispersão do *Aedes aegypti* (vetor responsável pela transmissão da doença) no território ilheense e às condições favoráveis para a proliferação desse mosquito.

As informações contidas na Tabela ainda revelam que o município convive com um número expressivo de casos de sífilis congênita (doença evitável) e apontam o aumento no registro dos casos de violência. Desta forma, fica evidenciada a deficiência no suporte laboratorial no serviço de pré-natal para diagnosticar sífilis, e, ou tratamento inadequado da sífilis nas gestantes após diagnóstico laboratorial ou, ainda, falta de tratamento dos parceiros das gestantes infectadas. Quanto aos casos de violência<sup>40</sup>, eles têm uma relação direta com a capacidade e atenção dos profissionais de saúde para diagnosticar, notificar e investigar, gerando uma maior sensibilidade do sistema de vigilância epidemiológica das doenças não transmissíveis na detecção dos casos.

De acordo com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Diretoria de Informação em Saúde (2000), a esperança de vida, ao nascer, em Ilhéus, no ano 2000, era de 66,13 anos. Essa taxa, quando comparada

---

40 A Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, inclui violência doméstica, sexual e outras violências na lista de notificação compulsória em unidades sentinelas (p. 1).

A Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001, que estabelece a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, afirma que a violência consiste em ações humanas individuais, de grupos, classes, nações, que ocasionam a morte de seres humanos, ou afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual (p. 1).

com o dado nacional de 2004 (68,1anos), mostra estar abaixo da média, necessitando de investimento nas políticas públicas para melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente, aumentar a esperança de vida ao nascer.

O caderno de informações de saúde do Departamento de Informação do SUS (2008) assinala, para 2008, uma taxa bruta de natalidade de 13,9 por mil nascidos vivos e um percentual de prematuridade de 4,5. Apresenta também 26,0% de nascidos vivos de mães com idade de 10-19 anos e 9,6% de recém-nascidos de baixo peso ao nascer. Quanto à prematuridade e ao baixo peso ao nascer, pode-se relacionar ao percentual de mães adolescentes, assim como esses indicadores de saúde sinalizam a necessidade de incrementar o atendimento do pré-natal de alto risco e as ações de educação em saúde no programa de assistência integral ao adolescente.

No que se refere aos dados de mortalidade, no ano de 2010, houve uma mortalidade infantil de 25,0/1.000 nascidos vivos. Este dado, quando comparado com a taxa do estado e a nacional, evidencia que a mortalidade infantil para o ano 2010 está acima da média nacional, de 13,89/1000 nascidos vivos, e da Bahia, 17,60/1000 nascidos vivos para o mesmo ano (BRASIL, 2013). Indicam a necessidade de melhorar a assistência ao pré-natal e os cuidados ao recém-nascido para evitar os óbitos.

Em relação à mortalidade por grupo de causa, os dados apresentados na TABELA 6 demonstram oscilação da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o incremento da mortalidade por doenças crônicas, causas externas e neoplasia. Como também persistem óbitos por causas mal definidas, inclusive com acréscimo significativo para o ano de 2010.

As taxas de mortalidade, na maioria dos grupos de causas, seguem a tendência nacional. Pode-se atribuir as taxas ainda elevadas de óbito por doenças infecciosas e parasitárias à infraestrutura deficitária e às condições de vida precária; já os óbitos por doenças do aparelho circulatório e as neoplasias refletem o estilo de vida, enquanto que as causas externas relacionam a violência e os acidentes, constituindo num grave problema de saúde pública. E os óbitos por causa mal definida revelam falta de acesso oportuno a métodos diagnósticos e, ou ao preenchimento inadequado da declaração de óbito.

**TABELA 6** – Taxa de mortalidade (por 100.000 hab.) por alguns grupos de causa no município, Ilhéus, Bahia, e Brasil, no período de 2008 a 2010

Óbitos por grupos de causas	2008		2009		2010	
	Ilhéus	Brasil	Ilhéus	Brasil	Ilhéus	Brasil
Óbito por algumas doenças infecciosas e parasitárias	27,76	24,85	22,35	24,45	33,11	25,51
Óbito por causas externas	87,39	70,51	101,70	71,21	110,73	74,02
Óbito por doenças do aparelho circulatório	159,76	167,39	149,13	166,88	156,86	169,67
Óbito por causa mal definida	44,15	41,45	40,13	40,90	98,79	41,49
Óbito por neoplasia	67,82	88,36	69,78	89,84	81,42	93,76

Fonte: Brasil/Sage/MS, 2013.

Em suma, estes são os dados gerais que compõem o panorama do território onde realizamos o estudo de caso, e que entendemos como fundamentais para a percepção do cenário do município onde funciona o Conselho de Saúde, objeto da nossa pesquisa.

### **3.3 Implantação jurídico-legal, estrutura organizativa e regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, Bahia**

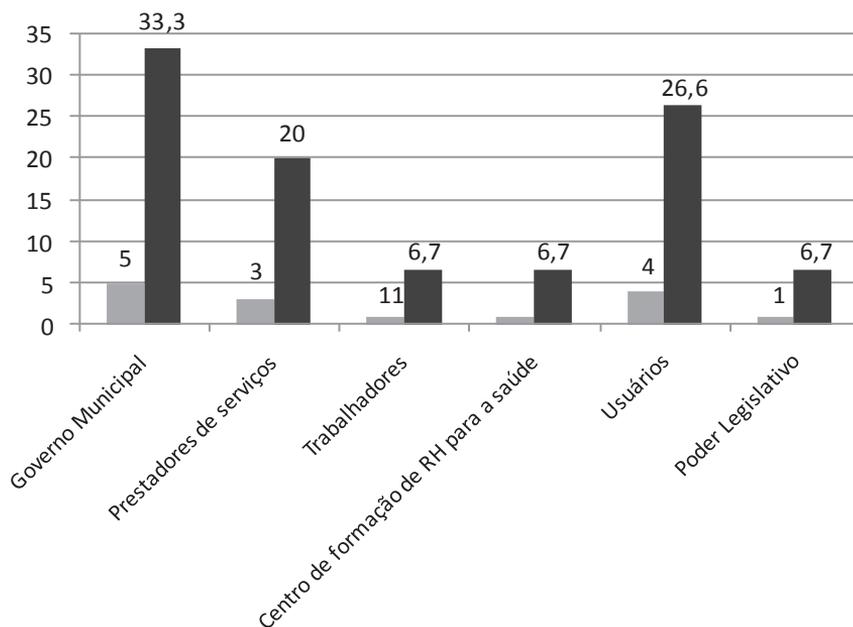
O Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, Bahia (CMSI) foi instituído através da Lei n.º 2.512, de 30 de maio 1994, que definiu as competências, a composição, a responsabilidade da nomeação após indicação das entidades, e determinou as normas de funcionamento desta instância colegiada, e o prazo para o CMS elaborar o Regimento Interno. O município de Ilhéus, assim como os demais municípios brasileiros, foi influenciado, na década de 1990, pelo processo de institucionalização da participação social no Sistema Único de Saúde (SUS). Este processo teve garantia constitucional, previsão nas leis orgânicas da saúde e nas normas orientadoras da operacionalização do SUS.

Para Tatagiba (2002, p. 50),

[...] os conselhos gestores de políticas públicas emergiram como inovação institucional a partir da Constituição de 1988. Tornados obrigatórios em vários níveis de definição das políticas, foram considerados legalmente indispensáveis para o repasse de recursos federais para estados e municípios, constituindo-se como peças centrais no processo de descentralização e democratização das políticas sociais.

Na Lei Municipal de n.º 2.512/94, que criou o CMSI, o Art. 3º definiu a sua composição aqui representada no GRÁFICO 1 (no Anexo D está a relação das entidades que representam cada segmento).

**GRÁFICO 1** – Número e percentual de Conselheiros Municipais de Saúde do Conselho de Saúde de Ilhéus, Bahia, segundo segmento de representação, em maio de 1994



Fonte: Pesquisa documental.

Legenda: ■ Nº ■ %

A referida composição, de forma equivocada, garantiu assento para o poder legislativo, concentrou um número significativo de cadeiras para o segmento do governo, com isto, havendo uma sobre-representação do referido segmento,

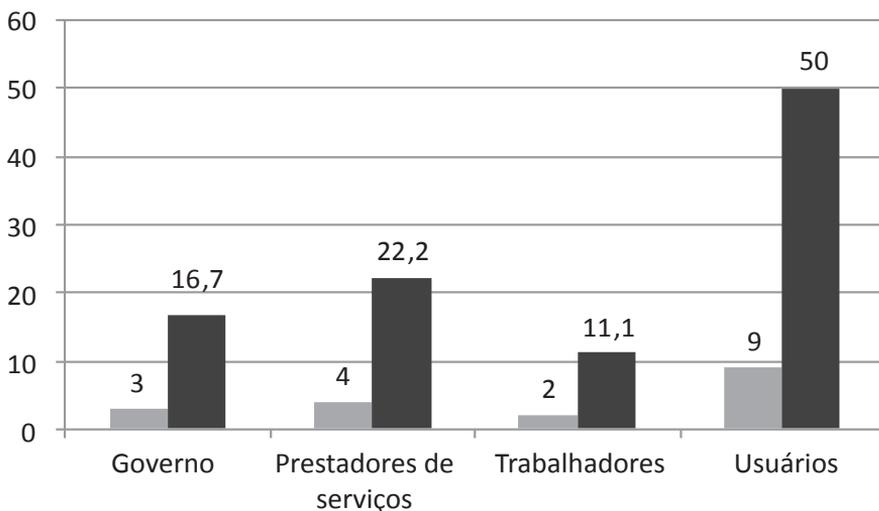
o descumprimento do princípio da paridade e inexistência de obediência às regras institucionais da Lei Orgânica n.º 8.142/90 e às recomendações para constituição e estruturação dos conselhos estaduais e municipais de saúde na Resolução n.º 33/1992 do Conselho Nacional de Saúde.

Faria (2007, p. 118) afirma que o CMS de Ilhéus, Bahia,

[...] além de não ter uma representação paritária, os representantes do governo são sobre-representados descumprindo, assim, a própria regra institucional e reforçando os desequilíbrios no processo deliberativo no interior dessa instituição.

Na tentativa de fazer as correções necessárias, o arcabouço jurídico do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, Bahia (CMSI) sofreu alteração, mediante a Lei n.º 2.523, de 22 de novembro de 1994. Houve mudanças nos artigos 3º e 4º da Lei de criação do CMS de Ilhéus, os quais tratam da composição e da nomeação dos Conselheiros. A composição do CMSI está representada no GRÁFICO 2, e no Anexo E onde se encontra a relação nominal das entidades que passaram a compor o referido Conselho.

**GRÁFICO 2** – Número e percentual de Conselheiros Municipais de Saúde do Conselho de Saúde de Ilhéus, Bahia, segundo segmento de representação, em novembro de 1994



Fonte: Pesquisa documental.

Legenda: ■ Nº ■ %

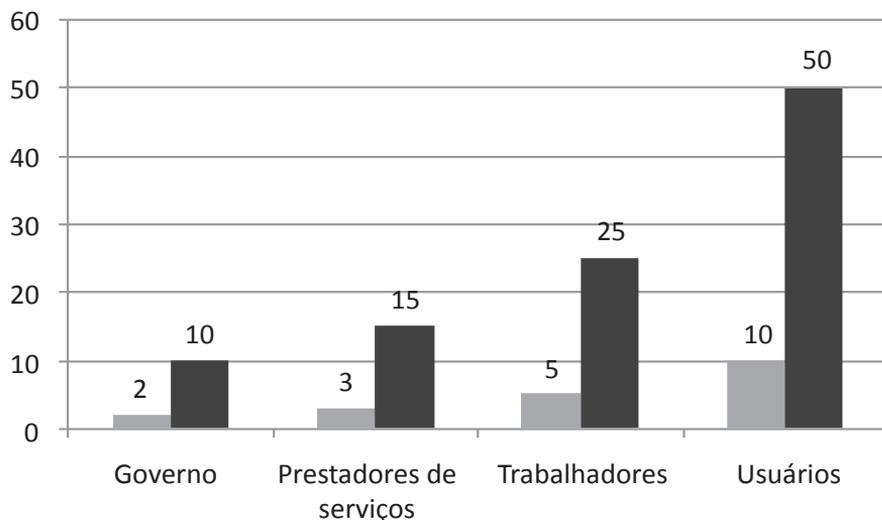
Com estas modificações referidas acima, ficou definida a quantidade de membros por segmento, reduzido o número de representantes do governo, retirada a representação do poder legislativo que, de forma equivocada, consta na Lei anterior. Também foi redimensionada a representação dos trabalhadores e ampliado o número de representantes dos usuários. Apesar das alterações na composição deste órgão de controle social, ainda assim não obedeceu à paridade preconizada na Lei Orgânica da Saúde n.º 8.142/90.

No ano de 2001, houve novas modificações na composição do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus (CMSI). A Lei n.º 2.897, de 22 de fevereiro de 2001, modifica o dispositivo da Lei n.º 2.512, de 22 de novembro de 1994, já alterada pela Lei n.º 2.523, de 22 de novembro de 1994, no artigo 3º, no item que dispõe sobre representantes dos usuários. Retira o representante de entidade de defesa do consumidor e adiciona mais uma vaga para representante da associação de patologias. Entretanto não soluciona a questão da paridade.

Em 2007, a Lei n.º 3.274 altera o artigo 5º, nos incisos II, III e IV da Lei que instituiu o CMS de Ilhéus, referente aos critérios para o afastamento dos Conselheiros, às condições para substituição dos membros do Conselho e aos requisitos para indicação de representantes no referido espaço público.

Outras alterações aconteceram ainda em 2007, na legislação do CMS de Ilhéus, quando foi sancionada a Lei n.º 3.275, em 12 de janeiro de 2007, aprovando mudanças no artigo 1º, nos incisos I, II e III, da Lei n.º 2.523, de 22 de novembro de 1994, que trata da representação do governo, dos prestadores de serviços, dos trabalhadores de saúde. E ainda em 2007, na mesma data, foi sancionada a Lei n.º 3.276, que altera o Artigo 1º, no inciso I da Lei n.º 2.897, de 22 de fevereiro de 2001, que trata da representação dos usuários, conseguindo redimensionar a quantidade de participantes por cada segmento e aumentar o número de representantes dos usuários, conforme retrata o GRÁFICO 3 a seguir:

**GRÁFICO 3** – Número e percentual de Conselheiros Municipais de Saúde do Conselho de Saúde de Ilhéus, Bahia, segundo segmento de representação, 2007



Fonte: Pesquisa documental.

Legenda: ■ Nº ■ %

Somente após as últimas alterações descritas anteriormente, o Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus atendeu ao critério da paridade estabelecido nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde. A Resolução n.º 33, de dezembro de 1992, e a Resolução n.º 333, de dezembro de 2003, estabelecem que 25% das vagas são destinadas ao governo e aos prestadores de serviços, 25% aos profissionais de saúde e 50% aos usuários.

Tatagiba (2002, p. 50-51) analisa que

No que se refere à sua composição, a legislação impõe o respeito ao princípio da paridade entre Estado e sociedade, como mecanismo de equilíbrio nas decisões. [...] Quanto a sua composição, a lei de criação dos conselhos de saúde os distingue dos demais conselhos por prever a representação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos, ou seja, o número de representantes dos usuários deve ser igual à soma dos demais. Dessa forma, a paridade no caso da saúde significa, na verdade, uma super representação do segmento dos usuários.

Além da consideração acima, entendemos que, com a multiplicidade de atores sociais, reduz-se a centralização do poder do debate em determinados segmentos, e proporciona-se ampliação da variedade de temas nos debates, garantindo a possibilidade de heterogeneidade na vocalização dos membros do Conselho.

O Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus (CMSI) tem, atualmente, a seguinte composição (Lei n.º 3275/2007 e Lei n.º 3276/2007):

Representantes do Governo: um representante da Secretaria de Saúde do Estado; um representante da Secretaria de Saúde do Município.

Representantes dos Prestadores de Serviços Conveniados ao SUS: um representante de estabelecimento de saúde não filantrópico; um representante de estabelecimento de saúde filantrópico; um representante de estabelecimento de saúde pública.

Representantes dos Profissionais de Saúde: cinco representantes de trabalhadores na área da saúde: associações, sindicatos, confederações e conselhos de classe.

Representantes dos Usuários: dois representantes de entidades congregadas dos Sindicatos dos Trabalhadores Urbanos e Rurais; dois representantes de Movimentos Comunitários organizados na área da saúde; dois representantes de Conselhos Comunitários, Associações de Moradores ou entidades equivalentes; um representante da Associação de Portadores de Deficiência; dois representantes da Associação de Portadores de Patologias e um representante afrodescendente ou indígena.

A construção da composição paritária do CMSI foi fruto de discussões sobre a organização interna nesta instância, com ativa participação dos segmentos dos usuários e dos trabalhadores, conforme exemplos de registros observados e comentados das atas a seguir:

Localizamos, na ata da reunião do dia 27 de março de 2006, um comentário crítico do Conselheiro sobre a composição atual do Conselho, inclusive ressaltando a falta de respeito à questão da paridade e destacando a necessidade da inclusão de representantes da população indígena no Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus. Na ata da reunião do dia 9 de maio de 2006, foi deliberada, pelo plenário do CMSI, a constituição de comissão para acompanhamento da mudança da Lei de criação do Conselho de Saúde e eleição de Conselheiros para compor a referida comissão.

Por fim, a alteração no desenho institucional do CMSI foi fundamental para ampliar a representatividade do segmento dos usuários, garantir a concretude da paridade, estender a inclusão de reivindicações propostas por diferentes grupos sociais. Verifica-se que a expressiva presença de representantes de usuários constitui-se em indício de distribuição de poder neste órgão, bem como a possibilidade de redução da capacidade da gestão de influenciar no processo decisório, ou seja, possibilita o fortalecimento da diversidade de opiniões na tomada de decisões no referido fórum. Ainda mais, a capilaridade ou o fracionamento de representação neste segmento garante a pluralidade de participação. Segundo Farias e Ribeiro (2010, p. 67), “um espaço plural é indutor da presença de diferentes segmentos e perspectiva da sociedade”.

É importante ressaltar que o arcabouço jurídico municipal do Conselho de Saúde de Ilhéus, Bahia, está em consonância com a legislação que fornece as garantias para o exercício do controle social, encontra-se em uniformidade com a estrutura recomendada pelas Resoluções de nº 33, de dezembro de 1992, e n.º 333, de dezembro de 2003, e acata parcialmente a Resolução nº 453, do Conselho Nacional de Saúde. Atende também a vários aspectos tratados nos ditames constitucionais, nas condutas estabelecidas nas leis orgânicas da saúde e, mais recentemente, nas recomendações da Resolução n.º 453, de maio de 2012, com exceção, todavia, ao que se refere à obediência ao item que trata da renovação de, no mínimo, 30% das entidades representativas dos segmentos de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços durante a reestruturação do Conselho.

Atualmente, o seu funcionamento é regido pela Resolução do Conselho Municipal de Saúde n.º 015/2010, que aprova a reforma do Regimento Interno, deliberada na reunião ordinária de 13 de outubro de 2010, e homologada pelo prefeito no Diário Oficial de 15 de outubro de 2010. O Regimento Interno trata da organização e do funcionamento desse órgão deliberativo, relatando as finalidades, as competências, as atribuições e o mandato. Salientamos que desde a criação do CMSI, esta foi a primeira vez que o Regimento Interno foi publicado em Diário Oficial.

Entretanto não foi possível relatar as mudanças ocorridas, pois não conseguimos localizar os regimentos anteriores. Nos documentos existentes na sede do CMSI, não encontramos cópia impressa, nem arquivo digitalizado.

Salientamos que contamos com o apoio de Conselheiros e da secretária do CMSI no levantamento e na busca realizada. A falta de acesso aos regimentos internos causou prejuízo à pesquisa documental e, conseqüentemente, impediu a análise das normas que regeram o CMSI ao longo de sua história. Porém, tivemos conhecimento, através das atas do CMSI, da aprovação, em plenário, do Regimento Interno de 9 de dezembro de 1995, com modificação do referido documento em 5 de junho de 1997, revisão do mesmo em 10 de abril de 2001, aprovação em 13 de novembro de 2001, e reformulação do antigo Regimento Interno em 13 de outubro de 2010.

Segundo o Regimento Interno (outubro de 2010), que rege atualmente o CMS de Ilhéus, o mandato dos representantes será de dois anos, sendo dispensados automaticamente aqueles Conselheiros que não comparecem a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano. Também o Regimento Interno estabelece o mês de maio para findar e o mês de junho para iniciar o mandato dos Conselheiros, desta forma, desvinculando o mandato dos Conselheiros do mandato do governo municipal, e buscando garantir a independência e autonomia deste canal de controle social.

O Regimento Interno institui outras condições de funcionamento do CMSI, como a que define que cabe ao plenário eleger uma comissão para organizar o processo de eleição das instituições, órgãos e entidades que farão parte do novo CMS, que a eleição acontecerá mediante a plenária por segmento. A escolha dos representantes mediante o processo eleitoral assegura a legitimidade da representatividade. Podemos afirmar que estas condições normativas descritas possibilitam que a dinâmica no interior do CMSI seja mais inclusiva e democrática. Constatamos, através da Resolução n.º 20/2011<sup>41</sup>, publicada no Diário Oficial do Município, em 22 de março de 2011, que, na prática, o processo eleitoral acontece conforme definido no regimento interno do CMSI.

No que se refere à organização, o CMS tem a seguinte disposição: Plenário, Diretoria Executiva, Comissões Setoriais, Assessoramento

---

41 A Resolução n.º 020/2011 trata da nomeação da comissão para organizar o processo de eleição das instituições, órgãos e entidades que farão parte do Conselho Municipal de Saúde no biênio 2011/2012 .

Técnico e Conselhos Locais de Saúde. O primeiro consiste no fórum de deliberação plena e conclusiva, em reuniões ordinárias, doze vezes por ano, e extraordinariamente, por convocação do Presidente ou quando requerido pela maioria absoluta dos membros, sendo que é necessário atender ao *quorum* mínimo, ou seja, ter metade dos Conselheiros e mais um dos seus membros.

O plenário é composto por vinte (20) membros titulares, cada um dos integrantes com um suplente, ou seja, o plenário integra todos os Conselheiros de saúde que compõem o CMSI. Considerado como instância de deliberação do Conselho, mediante reuniões ordinárias e extraordinárias apresenta e discute temas diversos sobre a política de saúde, toma decisões, vota e produz resoluções.

O Regimento estabelece que as reuniões devem obedecer a uma sequência de etapas: verificar o número de Conselheiros presentes, realizar a abertura dos trabalhos, leitura, discussão e votação da ata da reunião anterior, apreciação e deliberação da pauta do dia, avisos, apresentação de moções e requerimentos. Porém, observamos, através da leitura das atas do período de 2000 a 2010, que a elaboração das mesmas não é padronizada, a redação depende do ator que a está confeccionando, portanto, conclui-se que a confecção das atas não atende à sequência estabelecida no regimento interno.

Ainda sobre a estrutura administrativa do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus (CMSI), ela conta com a Diretoria Executiva, que é composta de presidente, vice-presidente, secretário e tesoureiro. Todos estes são eleitos bienalmente, respeitando a paridade entre os segmentos. O ato eleitoral é uma das formas de escolha mais democrática, e o respeito à paridade possibilita a heterogeneidade na representação da diretoria executiva e impede a concentração de poder em um determinado segmento, não havendo, portanto, preponderância e privilégio para nenhum segmento.

Quanto às regras do processo de votação para escolha da Diretoria Executiva, conforme o art. 35 do Regimento Interno, elas estão estabelecidas da seguinte forma: a reunião de eleição será presidida pelo secretário (a) municipal de saúde, ou por indicação do plenário, na ausência do titular da secretaria; o plenário elegerá um conselheiro para auxiliar nos trabalhos

na condição de secretário *Ad doc.*; concorrerão aos cargos de presidente, vice-presidente, secretário e tesoureiro todos os segmentos representados no Conselho de Saúde; o segmento decidirá por consenso ou votação o(s) cargo(s) que concorrerá(ão) na eleição e os nomes dos Conselheiros indicados para o referido pleito; não havendo consenso interno nos segmentos, fica facultada a inscrição de candidaturas ou chapas independentes; definidos os candidatos, o plenário fará a votação, cargo a cargo.

Verifica-se que as regras definidas para eleição no CMSI são claras, permitem alternância de poder e retratam o grau de democratização no referido processo no interior desta instância de participação da comunidade.

A organização do CMSI dispõe das Comissões Setoriais, que são compostas por quatro Conselheiros, obedecendo ao critério da paridade entre os segmentos, escolhidos através de eleição no plenário. O CMS de Ilhéus dispõe das seguintes comissões: Comissão de Acompanhamento dos Conselhos Locais de Saúde, Comissão de Formulação, Acompanhamento e Avaliação do Planejamento Municipal de Saúde, Comissão de Acompanhamento da Rede Conveniada e de Prestação de Serviço ao SUS, Comissão de Análise dos Processos de Licitação e dos Demonstrativos Financeiros da Secretaria Municipal de Saúde, Comissão de Verificação de Denúncias, Comissão de Assessoria de Comunicação Social.

Para Faria (2007, p. 130),

A previsão de comissões nas normas que estruturam essas instituições participativas indica, portanto, uma intenção de minimizar as assimetrias informacionais existentes entre os participantes e de oferecer condições que propiciam uma participação mais igualitária em seus processos decisórios.

As comissões setoriais auxiliam o trabalho do plenário mediante a apreciação prévia e a emissão de parecer sobre questões ligadas aos temas da pauta. Para Farias e Ribeiro (2010, p. 67), a presença de comissão qualifica cognitivamente o debate. Na pesquisa documental, localizamos relatórios emitidos pela Comissão de Análise dos Processos de Licitação e dos Demonstrativos Financeiros da Secretaria Municipal de Saúde, os quais foram apresentados na plenária do CMSI. Nas atas do CMSI, encontramos registro de atividades realizadas por Comissão

de Acompanhamento da Rede Conveniada de Prestação de Serviço ao SUS, entre elas: programação de visita a unidade de saúde para averiguar denúncia (reuniões de 15.1.2002 e 10.3.2009); apresentação de relatório de visita a unidades que prestam assistência de saúde mental (reunião de 10.6.2003); definição de cronograma para utilização do veículo pela referida comissão (reunião de 14.11.2006). E mediante a localização das Resoluções do CMSI n.º 2 e 3, de 13 de janeiro de 2009, Resoluções n.º 4, 5 e 6, de 10 de fevereiro de 2009, referentes à criação de Conselhos Locais de Saúde, todas homologadas pelo gestor municipal e publicadas em Diário Oficial, percebe-se o desempenho da Comissão de Acompanhamento dos Conselhos Locais de Saúde.

Para Calvo e Vieira (2011, p. 2323-2324),

Os conselhos que possuem comissões internas têm maior potencial em agilizar os seus trabalhos, permitindo que assuntos complexos ou extensos possam vir para plenária com um posicionamento prévio de grupos mais familiarizados, motivados e competentes para determinados grupos temáticos, os quais podem inclusive receber apoio técnico para tal. Além disso, permitem que Conselheiros tenham mais autonomia para atuação fora do âmbito de atuação da mesa diretora ou da plenária, aumentando a sua motivação para os trabalhos.

A estrutura do CMSI, anteriormente descrita, possibilita ao referido Conselho monitorar o funcionamento da rede de serviços de saúde, analisar os processos de licitação e os demonstrativos financeiros da prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde, promover a discussão dos sistemas locais de saúde, apurar denúncias, colaborar no planejamento das ações de saúde, entre outras atividades específicas.

Segundo Farias e Ribeiro (2010, p. 71), “A presença de um conjunto de estruturas burocráticas, tais como mesa diretora, secretaria executiva, câmaras técnicas e temáticas, nos ajuda a perceber o quão organizados estão os conselhos”.

A referida organização do CMSI permite também descentralizar os serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, aprofundar as análises por área de conhecimento, esclarecer as nuances e as especificidades de cada questão discutida, coletar e socializar informações mais

detalhadas sobre temas que necessitam de tomadas de decisão e emissão de parecer, contribuindo, desta forma, para o empoderamento dos atores sociais envolvidos, principalmente os representantes do segmento dos usuários que, tendo acesso às informações sobre saúde e de posse do conhecimento sobre financiamento do setor saúde, ficam capacitados para estabelecer prioridades, opinar, decidir e votar. Enfim, identificar situações-problema que necessitam de intervenção, trazer demandas da base do segmento que representam no conselho e deliberar sobre os assuntos em pauta nas reuniões ordinárias e extraordinárias.

Turini *et al.* (2001, p. 104) afirmam que

[...] a baixa disponibilidade das informações compromete a capacidade dos usuários em decidirem sobre importantes questões de saúde, limitando sua atuação apenas a legitimar as decisões do Executivo ou a fazer reivindicações de caráter mais generalista vinculadas à assistência médica.

Ainda sobre a organização e o funcionamento do CMSI, está previsto, no Regimento Interno, o assessoramento técnico, que consiste na compra do serviço de profissional especializado para subsidiar as decisões do referido órgão. Consideramos que este é um espaço de excelência para fortalecer a capacidade de influir dos Conselheiros e redução da assimetria de informações. Todavia não encontramos registro, em nenhum documento do CMSI, que mencione a aquisição do referido serviço. Daí, concluímos que o assessoramento técnico está apenas augurado na normatização da estrutura e funcionamento CMSI, entretanto os Conselheiros não contam com este tipo de apoio.

Na perspectiva das definições normativas do CMSI, o Regimento Interno prevê, na sua estrutura organizativa e na dinâmica de funcionamento, os Conselhos Locais de Saúde (CLS). Estes compreendem as instâncias de decisão local, vinculadas ao CMSI, objetivando ampliar a participação da comunidade no acompanhamento e na fiscalização das ações e dos serviços de saúde nas áreas de abrangência das unidades de saúde. Na atualidade, o CMSI conta com cinco (5) Conselhos Locais de Saúde, nos bairros Teotônio Vilela, Nossa Senhora da Vitória, Basílio, Salobrinho e Olivença.

Desde a instalação (em 1997, como consta na ata de 15.10.97) dos Conselhos Locais de Saúde até a data atual, percebe-se alternância no funcionamento dos mesmos, marcados por períodos de ascensão, com assiduidade às reuniões, em outros momentos caracterizado por interrupções, chegando à desativação, seguida de reativação com reinício das atividades (ILHÉUS, 2010a). Nas atas do CMSI datadas de 13 de janeiro e 12 de fevereiro de 2009, há registro de debates sobre cinco Conselhos Locais de Saúde, inclusive consta deliberação de Resolução de implantação dos mesmos. Também encontramos Resoluções do CMSI publicadas no Diário Oficial do município de Ilhéus, que tratam da criação dos referidos Conselhos Locais de Saúde no ano de 2009. Entretanto, salientamos que não é objetivo deste trabalho estudar o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde de Ilhéus.

Ainda na pesquisa documental, outro quesito que corrobora a demonstração de estratégias adotadas para fortalecer o controle social e retratar a atuação do CMSI foi o achamento, na sede do Conselho, de documentos (datados de 2009) de parceria com a Universidade Estadual de Santa Cruz para realização de capacitação dos Conselheiros locais de saúde, como também encontramos material impresso de mobilização para eleição desses mesmos Conselheiros.

Embasada no conteúdo existente no Plano Municipal de Saúde (2010-2013) de Ilhéus a respeito do controle social, podemos trazer algumas informações que são indicativas de iniciativas do CMSI em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e, ou com outros órgãos públicos para fortalecer o controle social e ampliar a participação do cidadão nas discussões e condução do sistema de saúde local. Dentre as informações, destacam-se: a realização da IV Conferência Municipal de Saúde (2007), inauguração da sede do Conselho Municipal de Saúde (2007), com telefone, computador, funcionário para apoiar os trabalhos administrativos desenvolvidos, a instituição/criação do grupo de educação permanente em controle social (2008), planejamento da I Plenária Municipal de Saúde (2009), realização da I Plenária Municipal de Saúde (2009), confecção do vídeo intitulado “O SUS de todos nós: conhecer para fortalecer”, em parceria com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, através do projeto Mobiliza SUS, e apresentação do mesmo na I Feira Nacional de Gestão

Estratégica e Participativa (Fenagep), ocorrida em Brasília (2010), e a garantia de dotação orçamentária para gestão do Conselho Municipal de Saúde no Plano Plurianual de Ilhéus (PPA) para o período de 2010-2013, ferramenta de gestão pública em que o município estabelece medidas, gastos e objetivos a serem seguidos ao longo de um período de quatro anos.

O relato da criação do CMSI e do arcabouço jurídico que subsidiou a sua institucionalização demonstra que, para atender à legislação nacional (Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/90 e a n.º 8.142/90 e às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde/CNS) sobre o tema, foram feitas correções nas distorções quanto à composição do CMSI existente na legislação local, havendo, portanto, evolução neste processo da legalidade, garantindo a representatividade e a paridade na composição. A descrição do Regimento Interno do CMSI possibilitou conhecer as regras que normatizam o funcionamento deste Conselho, obtendo um retrato deste canal de participação social.

O desenho institucional aqui apresentado demonstra que, nesse fórum de participação social, predominam relações democráticas na escolha dos representantes por segmento e na definição da mesa diretora. Também expressa que o CMSI tem as condições básicas de estrutura para o desenvolvimento das atividades do Conselho e a independência da Secretaria Municipal de Saúde para seu funcionamento, o que vem possibilitando, aos Conselheiros de saúde do município de Ilhéus, articular, negociar, propor, acordar, impedir, deliberar, enfim desempenhar papel ativo na construção da política de saúde do município. Portanto, com condições legais e infraestrutura para cumprir a função de protagonista na formulação e no acompanhamento das ações do sistema de saúde local. Enfim, a legislação e o Regimento do CMSI fornecem um conjunto de normas de funcionamento que propiciam a efetivação do controle social na política de saúde local.

Diante do exposto, ressaltamos que, após muitas alterações no seu arcabouço legal, o CMSI conseguiu organizar-se dentro dos padrões estabelecidos pela legislação federal; dispõe de estrutura administrativa (espaço físico, computador, telefone, funcionário) e condições necessárias para o desempenho de suas atribuições. A dinâmica organizacional evidencia que as regras de funcionamento demonstram que pode haver

independência do poder executivo, o que indica sua autonomia. Enfim, a institucionalização do CMSI retrata que este espaço público tem elementos que o comprovam democrático e mostram o potencial da efetividade do controle social desta instituição participativa.

### **3.4 A dinâmica do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus através das atas do período de 2000 a 2010**

Para ampliar o conhecimento acerca do funcionamento do CMSI, investigar o seu processo de deliberação e a efetividade do exercício do controle social na política de saúde em Ilhéus, prosseguimos com a análise dos dados secundários da pesquisa. A partir da leitura das atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus (CMSI) do período de 2000 a 2010 e utilizando um roteiro (Apêndice C), fizemos o levantamento de aspectos relevantes.

Verificamos que a elaboração das mesmas não segue um padrão único, pois, ao longo dos anos, teve várias formatações. Com isso algumas informações essenciais inexistem, o que dificultou a coleta de dados para o Formulário B. Na maioria das atas não há registro sobre a forma de convocação da reunião; em algumas identificamos que a convocação para a reunião ocorreu através da Internet, em outras através de ofício, portanto não foi possível quantificar o referido item proposto no Formulário B (em anexo) para pesquisa de dados secundários.

Outra variável que não foi possível extrair das atas foi o número de participantes por segmento nas reuniões, nem a menção por titularidade (titular ou suplente); este dado é incipiente e frágil, pois a redação das atas não deixa explícito, apenas em algumas atas este item é referido, a exemplo de reuniões realizadas nos anos de 2003 e 2004.

Não foi possível obter informações sobre a paridade nas reuniões (Campo 5 do Formulário B), uma vez que ficamos impossibilitadas de identificar a que segmento pertenciam os participantes. Entretanto todas as atas referem que havia quórum; conforme estabelecido no Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, para realizar reunião é necessário ter 50% dos participantes mais 1. Quanto à definição

da pauta encontramos registro apenas em algumas atas dos anos 2005, 2008, 2009 e 2010. Destas, 44 vezes a mesa diretora foi quem definiu a pauta e 9 vezes a decisão foi da plenária.

Conforme Faria e Ribeiro (2010, p. 77),

Uma pauta construída coletivamente, em plenário ou em órgãos colegiados, é uma boa preditora do grau de democratização interno dessas instituições, uma vez que mais vezes estarão inseridas nesse processo. Por outro lado, uma pauta construída somente pela presidência do conselho, independente do segmento que a ocupe, indica um grau de democratização muito baixo.

A análise da informação do processo de vocalização foi também prejudicada, pois apesar de todas as atas registrarem o nome do emissor da fala, não foi possível, na listagem de assinatura da presença dos Conselheiros, identificar o nome e o segmento que o mesmo representa no CMSI.

Os dados que foi possível obter, categorizamos de acordo com as variáveis compiladas em forma de tabelas e quadros, e apresentamos a seguir:

**TABELA 7** – Distribuição da frequência, segundo tipo de reunião realizada pelo Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, Bahia, Brasil, no período de 2000 a 2010

Ano	Tipo de reunião		
	Ordinária	Extraordinária	Não informada
2000	11	-	-
2001	10	1	1
2002	12	1	-
2003	11	2	-
2004	11	1	-
2005	09	7	-
2006	09	4	-
2007	06	3	-
2008	07	6	-
2009	08	9	3
2010	07	2	-

Fonte: Atas do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, 2000-2010.

Observamos que a maioria das reuniões ocorridas no CMSI ,no período de 2000 a 2010, foram ordinárias, embora seja perceptível o número significativo de reuniões extraordinárias, indicando que frequentemente são realizadas reuniões do CMSI. Entretanto a frequência das reuniões não obedece ao previsto no regimento interno aprovado em 2010: reunir ordinariamente uma vez por mês.

**TABELA 8** – Distribuição da frequência dos principais assuntos de pauta das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, Bahia, Brasil, no período de 2000 a 2010

Temas de pauta	Ano										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Políticas de Saúde e formulação de ações de saúde	2	4	5	5	5	4	4	4	9	7	4
Execução financeira e orçamentária da Saúde	3	1	4	2	4	2	2	2	2	3	3
Recursos humanos	1	1	-	-	-	1	-	1	1	5	2
Avaliação e aprovação de instrumentos de gestão do SUS e outros documentos da SMS	2	2	3	2	5	7	6	4	4	6	8
Fiscalização, controle e avaliação dos serviços de saúde	-	1	3	1	4	8	4	4	3	4	4
Organização interna	2	4	1	1	1	4	2	3	2	6	2
Rede física	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2
Outros	-	1	-	-	1	2	4	5	3	2	3

Fonte: Atas do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, 2000-2010.

**TABELA 9 – Distribuição da frequência dos principais assuntos deliberados nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, Bahia, Brasil, no período de 2000 a 2010**

Temas deliberados	Ano										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Financiamento (apreciação de contas, de incentivo, de aquisição e de habilitação)	-	-	-	-	-	1	2	1	-	2	1
Aprovação de outros documentos da SMS (termo de compromisso de gestão, habilitação, modalidade de gestão etc.)	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	1
Aprovação de plano de saúde	1	1	1	-	-	-	-	1	-	-	1
Programação das ações de saúde/Organização da assistência/Produção de serviços	5	2	3	1	2	6	5	5	10	5	1
Recursos Humanos	-	-	2	-	3	2	3	-	-	-	-
Rede física	1	-	-	1	1	-	3	1	2	-	1
Articulação do CMS com MP	-	-	-	-	-	2	2	5	1	3	-
Aprovação do relatório de gestão	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Aprovação de contas dos recursos financeiros	2	2	5	3	5	-	-	1	-	1	1
Organização interna	3	5	1	-	-	6	4	3	1	4	5
Outros (participação em eventos, organização de Conferência, moção etc.)	2	-	1	2	-	3	1	1	2	2	1

Fonte: Atas do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, 2000-2010.

Ao observar os assuntos tratados no CMSI, verifica-se que são variados, demonstrando a amplitude de temas relevantes na agenda, apontando que os debates contemplam as diversas funções do Conselho de Saúde, porém, há um claro predomínio dos temas política de saúde e formulações de ações de saúde, seguido de avaliação e aprovação dos instrumentos de gestão do SUS e outros documentos da Secretaria de Saúde. Além destes assuntos citados, as questões de fiscalização e avaliação dos serviços de saúde despertaram interesse dos Conselheiros, assim como a execução financeira e orçamentária da saúde e a organização interna. Os dados indicam que tanto o CMSI valora e aborda temas da esfera propositiva, opinando e construindo, como versa sobre assuntos no âmbito do controle e da fiscalização.

O CMSI, após debate de temas diversos, decide sobre aspectos variados da política de saúde local. As decisões mais frequentes dizem respeito à programação das ações de saúde/organização de assistência/produção de serviços, seguido da organização interna, aprovação das contas dos recursos financeiros. Portanto, as decisões do CMSI indicam a efetividade deliberativa<sup>1</sup> sobre a construção da política de saúde e o controle sobre as ações de saúde e o uso dos recursos financeiros.

Apresenta também um número significativo de deliberações acerca da organização interna do Conselho que, de modo geral, contribui para estruturar as regras de funcionamento, colabora para estabelecer as condições de comunicação e serve para a construção do cenário de tomada de decisões coletivas sobre a política de saúde. Entretanto, verifica-se que, a partir do ano de 2005, o CMSI decidiu se articular com o Ministério Público, indicando, com isto, que buscou parceria para garantir a efetividade das deliberações e fortalecer o controle social na política de saúde de Ilhéus.

Tatagiba (2002, p. 52) afirma que “No caso de não homologação pelo Executivo das Resoluções dos Conselhos de Saúde, estas devem ser encaminhadas ao Ministério Público”.

---

1 Cunha (2007, p. 142) entende efetividade deliberativa como “a capacidade efetiva das instituições estudadas terem influência, controle e decisão sobre determinada política pública (neste caso, as políticas de saúde da criança e do adolescente) [...] Assim, entende-se a efetividade como a composição de variáveis relacionadas à institucionalização de procedimentos e aos resultados do processo deliberativo”.

Tomando como base os relatórios de uma das comissões do CMSI, especificamente a Comissão de Análise dos Processos de Licitação e dos Demonstrativos Financeiros da Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus, Bahia, o relatório, datado de 4 de julho de 2006, constatou que o parecer emitido aponta indícios de irregularidade na aplicação dos recursos financeiros e recomenda que o plenário reprove as contas da Secretaria Municipal de Saúde referentes aos 2º, 3º e 4º trimestre de 2005, e correspondem ao período de abril a dezembro de 2005, e delibere pelo encaminhamento de denúncia ao Ministério Público Federal para que se faça investigação, e recomenda, ainda, que seja comunicado a outras instâncias, tais como: Conselho Estadual e Nacional de Saúde, Comissão Bipartite e Tripartite, Ministério da Saúde e Controladoria Geral da União.

Também verificamos que, no Relatório da mesma Comissão Setorial, datado de 01 de setembro de 2009, o parecer aponta indícios de irregularidade nas contas da SMS de Ilhéus e recomenda ao plenário que encaminhe ao Ministério Público Estadual e ao Federal, ao Tribunal de Contas, às auditorias da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e do Ministério da Saúde e à Controladoria Geral da União e faça pedido de investigação das contas da Secretaria Municipal de Saúde de janeiro de 2008 a junho de 2009. Identificamos, na ata da reunião do dia 1º de setembro de 2009, do CMSI, que após apresentação do relatório o plenário deliberou aprovando na íntegra o relatório da Comissão de Análise dos Processos de Licitação e dos Demonstrativos Financeiros da Secretaria Municipal de Saúde e solicitando investigação das contas da SMS ao Ministério Público Federal e ao Estadual.

Com base no exposto, pode-se constatar que a atuação das comissões setoriais colabora para agilizar o debate no plenário, bem como inferir que o CMSI decide sobre vários aspectos da política de saúde local, evidenciando alto grau de efetividade deliberativa.

### **3.5 Caracterização dos Conselheiros de Saúde de Ilhéus, Bahia**

Para complementar as informações acerca do funcionamento do CMSI e a percepção dos Conselheiros sobre a situação de saúde no município de

Ilhéus, bem como verificar o conhecimento destes atores sociais sobre as ferramentas para sua atuação no Conselho, as informações acerca da prática e a visão deles sobre a efetivação do controle social, procedemos a análise dos depoimentos dos 31 Conselheiros entrevistados, cujos perfis apresentamos em forma de tabela.

**TABELA 10** – Distribuição de Conselheiros entrevistados, segundo variáveis socio-demográficas, CMS de Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

Variáveis	Conselheiros (n=31)	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	20	64,5
Feminino	11	35,5
<b>Idade</b>		
34  —  39	6	19,9
40  —  49	11	35,5
50  —  59	10	32,2
60  —  69	3	9,7
≥ 70	1	3,2
<b>Cor/Raça</b>		
Pardo	12	38,7
Negro	13	42,0
Branco	4	12,9
Indígena	2	6,4
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental Incompleto	1	3,2
Fundamental Completo	-	-
Ensino Médio Incompleto	-	-
Ensino Médio Completo	7	22,6
Ensino Superior Incompleto	8	26,0
Ensino Superior Completo	10	32,2
Pós-graduação lato sensu	3	9,6
Mestrado	2	6,4
Doutorado	-	-

Fonte: Pesquisa de campo.

Como pode ser observado na TABELA 10, do total de 31 Conselheiros entrevistados, a maioria dos participantes é do sexo masculino (64%), podendo este fenômeno estar relacionado à incipiência do envolvimento do sexo feminino, no interior do Estado da Bahia, em organizações da sociedade civil, em movimentos sociais e associações participativas.

Estes dados da pesquisa vão de encontro às considerações de Ribeiro (2010, p. 245) que afirmou que “os conselhos municipais de saúde ainda não são o espaço consagrado de atuação das mulheres e dos movimentos organizados em torno da temática da saúde feminina”.

Tomando como base os dados do censo demográfico 2010 no município de Ilhéus, que revelam a predominância dos residentes do sexo feminino (51,4%), seguido de 48,5% do sexo masculino e comparando estes com a distribuição percentual de Conselheiros por sexo, observamos que a maior proporção de Conselheiros é do sexo masculino, sendo, portanto, superior a proporção encontrada na população do município de Ilhéus (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA 2010).

Os dados da tabela indicam que a idade dos Conselheiros variou de 34 a igual ou superior a 70 anos, sendo que o percentual mais elevado (35,5%) foi o da faixa etária de 40 a 49 anos de idade. Isso pode sugerir que os Conselheiros, geralmente, já têm uma trajetória de vida, com experiências profissionais, políticas, acadêmicas, ou outras.

Quanto à cor/raça, a maior parte dos pesquisados referiu cor da pele negra (42%), seguida de pardo (38,7%), indicando equidade étnica, e conquista do direito de participação em espaços públicos de decisões políticas na saúde por uma população que, historicamente, esteve à margem do processo de decisões. No que se refere à escolaridade, houve predomínio do ensino superior completo (32,2%), seguido do ensino superior incompleto (26%) e do ensino médio completo (22,6 %), o que revela que o CMSI é composto por pessoas com formação profissional, que detêm o saber acadêmico em alguma área do conhecimento, o que pode ser um facilitador no processo de participação, uma vez que a escolarização proporciona o desenvolvimento de pensamento crítico, colabora no processo de empoderamento da população para que a mesma possa tomar decisões, enfim tenha capacidade de atuar como cidadã.

**Tabela 11** – Distribuição de Conselheiros entrevistados, segundo variáveis de ocupação e formação, CMS Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

Variáveis	Conselheiros (n=31)	
	N	%
Ocupação		
Empregado	25	80,6
Autônomo	5	16,1
Aposentado	-	-
Desempregado	-	-
Outros	1	3,2
Local de ocupação		
Zona urbana	31	100,0
Zona rural	-	-
Formação em saúde		
Sim	19	61,3
Não	12	38,7

Fonte: Pesquisa de campo.

Com relação ao tipo de ocupação dos Conselheiros, a TABELA 11 mostra que 96,7 % dos Conselheiros entrevistados desenvolvem atividade laboral, sendo que, destes, 80,6% têm vínculo empregatício, 16,1% são autônomos. No que concerne ao local onde desempenham suas atividades, 100% dos pesquisados referiu ser a zona urbana o local da sua ocupação.

Ao serem questionados sobre se têm formação na área de saúde, 61,3% afirmaram que sim e 38,7% responderam que não. Este dado é expressivo e sugere que profissionais de saúde podem estar representando outro segmento. Entretanto, consideramos que a formação em saúde constitui uma ferramenta para o conselheiro acessar as informações necessárias para acompanhamento das ações de saúde, assim como a formação os capacita para avaliar projetos, enfim, o conhecimento é um facilitador para a realização do controle social sobre a política de saúde.

**TABELA 12** – Distribuição dos Conselheiros entrevistados por segmento, segundo formação na área da saúde, CMS Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

Formação em saúde	Segmentos								Total	
	Gestão		Prestador de Serviços		Trabalhador		Usuário			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	6	31,6	3	15,8	5	26,3	5	26,3	19	61,3
Não	-	-	2	10,5	2	10,5	8	66,7	12	38,7
Total	6	31,6	5	16,1	7	22,6	13	41,9	31	100,0

Fonte: Pesquisa de campo.

Com relação ao cruzamento das variáveis segmento e formação em saúde, constatamos, no TABELA 12, que em todos os segmentos temos Conselheiros com formação na área de saúde. Um percentual expressivo de Conselheiros usuários possui formação em saúde (26,3%), inclusive a proporção é igual ao do segmento do trabalhador (26,3%) e superior ao percentual dos prestadores de serviços (15,8%), apontando para a existência de profissionais de saúde representando outros segmentos.

**TABELA 13** – Distribuição de Conselheiros entrevistados, segundo variáveis relacionadas à utilização do SUS e plano de saúde, CMS Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

Variáveis	Conselheiros (n=31)	
	N	%
Utilização do SUS		
Sim	27	87,1
Não	4	12,9
Portador de plano de saúde		
Sim	18	58,1
Não	13	41,9

Fonte: Pesquisa de campo.

Na TABELA 13, dentre os Conselheiros entrevistados, 87,1% utilizam os serviços do SUS e 12,9% responderam que não fazem uso. Este primeiro dado sugere que utilizar serviços de saúde possibilita o

conhecimento do funcionamento da rede de assistência de saúde, e o contato com a realidade permite acompanhar as intervenções da gestão da saúde, bem como identificar os problemas, as deficiências in loco. Como também evidencia a confiança dos Conselheiros de saúde no Sistema Único de Saúde.

Com relação a ser portador de plano de saúde, 58,1% informaram que sim e 41,9% que não possuem. Esses últimos dados sugerem que embora a maioria dos entrevistados seja portadora de plano de saúde, isso não constitui um impedimento para participar ativamente da formulação e do acompanhamento da política de saúde local, nem desestimula os Conselheiros quanto ao envolvimento e à responsabilidade da tarefa do controle social. Os percentuais da Tabela 8 também indicam que, apesar de os Conselheiros, na sua maioria (58,1%), possuem plano de saúde, utilizam os serviços de saúde do SUS (87,1%), e sugerem que adotam os serviços de saúde de maior complexidade, os que não são cobertos pelos planos de saúde e nos quais o SUS é referência.

**TABELA 14** – Distribuição da frequência do relato de Conselheiros entrevistados sobre o uso de serviços do SUS, CMS Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

Variáveis	Nº de vezes referido
<b>Serviços e procedimentos de saúde referidos</b>	
Serviço de urgência e emergência	5
Sala de vacina	5
Hospitais (internação)	7
Odontologia	2
Consulta médica	3
Unidade Básica de Saúde	2
Exame de imagem	8
Exames laboratoriais	13
Oftalmologia	1

Fonte: Pesquisa de campo.

De acordo com os entrevistados, os tipos de serviço e os procedimentos referidos como mais utilizados são os exames laboratoriais, exames de imagem, seguidos de internação hospitalar, sala de vacina, serviços de urgência e emergência (conforme TABELA 14).

**Tabela 15** – Distribuição de Conselheiros entrevistados, segundo variáveis relacionadas ao segmento que representa, no CMS de Ilhéus, tempo na função de conselheiro, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

Variáveis	Conselheiros (n=31)	
	N	%
<b>Segmentos</b>		
Gestão	6	19,3
Trabalhador	7	22,6
Usuário	13	42,0
Prestador de serviços	5	16,1
<b>Tempo como conselheiro</b>		
< 1 ano	2	6,4
1 a 2 anos	8	26,8
3 a 4 anos	10	32,2
5 a 6 anos	6	19,3
≥ 7 anos	5	16,1

Fonte: Pesquisa de campo.

A TABELA 15 apresenta o número e percentual de Conselheiros entrevistados segundo o segmento que os mesmos representam. Observa-se que a maior frequência de entrevistados nesta pesquisa foi do segmento de usuários (42,0%), seguido dos trabalhadores (22,6%), representantes da gestão (19,3%), representantes dos prestadores de serviços (16,1%). Portanto, as informações contidas na pesquisa de campo expressam olhares distintos sobre os temas abordados, que a apreensão dos assuntos e a percepção dos entrevistados têm uma relação direta com os interesses do segmento que cada um representa. Embora o percentual mais elevado de entrevistados tenha sido o de representante do segmento usuários, este trabalho expressará, de forma significativa, a visão dos Conselheiros representantes dos usuários dos serviços de saúde. Salientamos que nos critérios estabelecidos para a constituição da população da pesquisa, não consideramos a representação paritária dos segmentos, conforme está definido na Lei n.º 8.142/90 e recomendado na Resolução n.º 333/2003 do CNS para composição dos Conselhos de Saúde.

Ainda nesta TABELA, verifica-se que 67,6% dos Conselheiros

entrevistados estão ou ficaram nesta função um tempo considerável, superior inclusive ao mandato de 2 anos estabelecido no regimento interno do CMSI. Do total de entrevistados, 32,2% tinham entre 3 e 4 anos, 19,3% entre 5 e 6 anos, 16,1%  $\geq$  7anos, somente 26,8% exerceram o mandato entre 1 e 2 anos e apenas 6,4% < de 1 ano. Sendo a maioria dos Conselheiros membros do CMSI há mais de 2 anos, 96,8% destes já foram membros de outra gestão. Manter-se um tempo longo atuando no Conselho pode aumentar o nível de informação e conhecimento dos Conselheiros, bem como a vivência pode capacitá-los para participar efetivamente das discussões e deliberações. Entretanto, é salutar, num Conselho de Saúde, a renovação da representação, conforme recomenda a Resolução n.º 453/2012. A baixa rotatividade dos membros do CMSI pode propiciar a cristalização de interesses que podem auxiliar e/ou dificultar o exercício democrático. Esta situação encontrada no CMSI pode ser explicada pela fragilidade da organização da sociedade civil e pela insuficiência da cultura participativa no município de Ilhéus.

**TABELA 16** – Distribuição de Conselheiros entrevistados, segundo grau de instrução e segmento que representa no CMSI, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Segmento</b>	<b>Quant.</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Quant.</b>
Gestão	6	Superior incompleto	1
		Superior completo Mestrado	3
			2
Trabalhador	7	Ens. Médio completo	3
		Superior completo Pós-graduação lato sensu	3
			1
Usuário	13	Ens. Fundamental Incompleto	1
		Ens. Médio completo	4
		Superior Incompleto	6
		Superior completo	1
		Pós-graduação lato sensu	1
Prestador	5	Superior incompleto	1
		Superior completo Pós-graduação lato sensu	3
			1

Fonte: Pesquisa de campo.

Conforme está demonstrado na TABELA 16, todos os segmentos que compõem o CMSI contam com número significativo de Conselheiros com nível superior, o que pode contribuir para uma relação mais simétrica entre representantes. Com base nos dados de escolaridade, pode-se depreender que a maioria tem condições favoráveis (grau de instrução) para obter conhecimento e preparo fundamental para atuar de forma efetiva no CMSI. Este conhecimento influi na interlocução entre os segmentos que compõem o Conselho de Saúde, tornando-os menos vulneráveis à cooptação e às manobras nos espaços públicos.

Complementando esta reflexão nós nos reportamos a Gohn (2003, p. 95):

A participação, para ser efetiva, precisa ser qualificada, ou seja, não basta a presença numérica das pessoas porque o acesso está aberto. É preciso dotá-las de informações e de conhecimento sobre o funcionamento das estruturas estatais. Não se trata, em absoluto, de integrá-las, incorporá-las à teia burocrática. Elas têm o direito de conhecer essa teia para poder intervir de forma a exercer uma cidadania ativa, não-regulada, outorgada, passiva.

**TABELA 17** – Distribuição de Conselheiros entrevistados, segundo tempo na função de Conselheiro e segmento que representa no CMSI, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

Segmento	Quantidade	Tempo como Conselheiro	Quantidade
Gestão	6	1 a 2 anos	2
		3 a 4 anos	2
		≥ 7 anos	2
Trabalhador	7	< 1 ano	1
		3 a 4 anos	1
		5 a 6 anos	4
		≥ 7 anos	1
Usuário	13	1 a 2 anos	6
		3 a 4 anos	6
		≥ 7 anos	1
Prestador de serviços	5	< 1 ano	1
		3 a 4 anos	1
		5 a 6 anos	2
		≥ 7 anos	1

Fonte: Pesquisa de campo.

Os dados da TABELA 17 apresentam a relação entre o tempo na função de conselheiro e o tipo de segmento que representa. Estes dados, quando comparados ao art. 5º do Regimento Interno do CMSI, o qual estabelece que os representantes dos segmentos e, ou órgãos integrantes do Conselho Municipal de Saúde terão mandato de dois anos, mostram que, em todos os segmentos, existem Conselheiros que estão na função durante um tempo de mandato superior ao período estabelecido no Regimento Interno do CMSI. Entretanto a recondução do mandato não é regimental, a legislação municipal e o Regimento Interno são omissos quanto a este assunto, a reeleição. Porém, a Resolução 333/2003 do CNS na terceira diretriz, no parágrafo V, diz que

O mandato dos Conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os Conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações.

Entretanto, esta situação identificada não atende à Resolução n.º 453/2012 do CNS que, no seu texto, recomenda que “a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas”.

**TABELA 18** – Frequência da variável vida associativa, referida pela população entrevistada, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Participação em grupos/movimentos sociais</b>	<b>N</b>
Militante religioso	3
Movimentos sociais	16
Associação de Moradores e, ou Conselhos Comunitários	8
Associação de portadores de patologia	2
Não tem vida associativa	10
Entidades filantrópicas	3
Associação de trabalhadores	6
Cooperativa agrícola	1
Comitê de entidades sociais em defesa de interesses de Ilhéus	1

Fonte: Pesquisa de campo.

A pesquisa revela (TAB. 18) que a maioria dos Conselheiros tem uma história de participação em organizações da sociedade civil, portanto, com experiência acumulada no campo dos movimentos sociais. É evidente que estas experiências se constituem em pressupostos fundamentais para o desenvolvimento da democratização da política de saúde e do controle social da referida política pública, tendo em vista que esses atores já vinham acompanhando as discussões sobre o processo de democratização das relações do Estado com a sociedade civil e as transformações asseguradas em lei.

### **3.6 A percepção dos Conselheiros sobre a situação de saúde de Ilhéus, o conhecimento sobre a legislação básica do SUS e as ferramentas essenciais para sua atuação no Conselho de Saúde**

**TABELA 19** – Distribuição da frequência da percepção dos Conselheiros entrevistados sobre a situação de saúde e rede explicativa do município de Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>
<b>Problemas de saúde</b>	
Doenças diversas e agravos	7
Precariedade de assistência	10
Dificuldade para acessar os serviços de saúde	8
Déficit de insumos, medicamentos e profissionais de saúde	8
Falta de conhecimento e vontade política do gestor	8
Ausência de consciência da população	2
Incapacidade dos profissionais de saúde	2
<b>Causas</b>	
Falta de responsabilidade e capacidade dos gestores	19
Verbas insuficientes	5
Falta de educação e conscientização da população	2
Fragilidade do controle social	3
Insuficiência e rotatividade de RH	4
Falta de qualificação dos profissionais de saúde	4

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>
<b>Efeitos</b>	
Saúde fragilizada da população	7
Custo elevado da assistência	3
População compelida a comprar serviços de saúde	2
Desestruturação dos serviços de saúde	2
Sobrecarga na unidade de urgência e emergência	3
Aumento do número de casos de doenças	9
Crescimento da mortalidade	7
Descrédito no SUS	3
População sem assistência	3

Fonte: Pesquisa de campo.

A TABELA 19 traduz o entendimento dos Conselheiros acerca dos problemas de saúde, das causas dos mesmos e seus efeitos. Em verdade, demonstra os diversos problemas de saúde, compreendendo-os como doenças instaladas, estrutura e organização da rede de serviços assistenciais, passando pelo processo de trabalho dos profissionais de saúde, inclusive pela condução da política de saúde pelo gestor, até a postura da população. Esses dados permitem depreender que a concepção dos Conselheiros sobre o processo saúde-doença perpassa pelo conceito biomédico chegando até a noção de qualidade de vida.

Quanto às causas dos problemas, identificam a gestão, a consciência dos usuários, a qualificação profissional, a fragilidade do controle social e a insuficiência do financiamento do sistema de saúde. Em relação aos efeitos, os Conselheiros citaram o aumento dos casos de doença e óbitos, a desestruturação da rede de assistência à saúde dos usuários do SUS, elevação nos custos da assistência e o descrédito na política de saúde

A seguir, os depoimentos dos Conselheiros sobre os problemas de saúde, as causas e as repercussões evidenciam sua visão crítica, a consciência sanitária e a amplitude da percepção sobre a realidade da situação de saúde no município de Ilhéus.

“Força os usuários a tirar dinheiro do próprio bolso para terem um atendimento” (Ent.3).

“Falta de conhecimento dos gestores que assumem órgãos relacionados à saúde” (Ent.4).

“Gera indignação e revolta. As pessoas procuram atendimento e não acha e quando tem atendimento não tem medicação. A saúde da família está nas mãos de pessoas que brincam com a saúde alheia” (Ent. 16).

Os relatos ilustram as situações adversas na rede de serviços de saúde em Ilhéus, Bahia, e trazem também, de forma expressiva, os problemas de saúde no município, que coincidem/concordam com os principais grupos de causa de mortalidade em Ilhéus divulgados pelo Ministério da Saúde/ SAGE (BRASIL, 2013).

– Precariedade da rede, com unidades inadequadas, a maioria são alugadas, imóveis impróprios para estabelecimento de saúde. Dificuldade para realização de exames e diagnóstico, muito tempo de espera para tais procedimentos (Ent.18).

– Questões de violência, de causas externas, que vem aumentando assustadoramente (acidente de carro e tentativa de homicídio) e as doenças crônicas degenerativas (hipertensão e diabetes)” são os principais problemas de saúde de Ilhéus (Ent. 31).

Verifica-se que sobressai, nos relatos dos Conselheiros, uma percepção ampliada que contribui para a o entendimento dos problemas na saúde pública e sua rede de relações causais, o que certamente pode colaborar positivamente no desempenho do Conselho de Saúde de Ilhéus, Bahia. Os registros transcritos a seguir também revelam a compreensão sobre os multifatores que interferem na organização do sistema de saúde em Ilhéus.

– Falta de conhecimento de alguns atores que deveriam estar fazendo o controle social. Omissão. Descaso da administração pública da saúde (Ent. 27).

– Também a falta de organização das políticas de saúde pública no município acaba refletindo na assistência e consequentemente no nível de adoecimento da população (Ent. 31).

Os achados na pesquisa de campo permitem considerar que os discursos dos Conselheiros expressam as dificuldades na governança da política de saúde em Ilhéus, e os depoimentos a seguir protagonizam sua percepção sobre os problemas locais.

- Problemas de gestão, ultimamente se troca muito de gestor, não tem sequência, rompimento das políticas. A falta de gestão, fragilidade do controle social e insuficiência de recursos para atender à demanda do sistema (Ent.21).
- O município de Ilhéus é muito político. Essa parte da política atrapalha a elaboração de planos que melhorem a saúde. Às vezes acontece de entrar pessoas competentes e qualificadas no processo e não tem autonomia para realizar um bom trabalho, falta autonomia do gestor (Ent.23).

Diante do exposto, consideramos que a maioria dos Conselheiros entrevistados fundamenta-se no conceito ampliado de saúde definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e na Constituição Federal de 1988 para fazer reflexões sobre a realidade local.

Saúde como resultante das condições de vida, alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e o acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986, p. 4).  
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, art. 196).

**TABELA 20** – Distribuição da frequência do relato positivo dos Conselheiros entrevistados acerca do conhecimento sobre a legislação básica do SUS, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Arcabouço jurídico legal do SUS</b>	<b>F</b>
Constituição Federal	10
Lei 8080/90	18
Lei 8142/90	12
NOB e NOAS	02
Outros (Resolução 333, Emenda 29, Decreto 7508 etc.)	03

Fonte: Pesquisa de campo.

Conforme exposto na TABELA 20, os dados dimensionam o nível de informação dos Conselheiros municipais de saúde em relação à legislação básica dos SUS, revelando seu conhecimento sobre os documentos de sustentação jurídica do referido sistema de saúde, o que é primordial para contribuir com sua inserção no processo de institucionalidade dos canais de participação e na efetivação do controle social na política de saúde.

Segundo Cotta *et al.* (2009, p. 3),

[...] na perspectiva de fortalecer o exercício do controle social na política de saúde, faz-se necessário, por parte dos sujeitos envolvidos no processo, conhecer efetivamente o SUS, a legislação, a realidade epidemiológica, assistencial, financeira, política, etc., visando ao acompanhamento e avaliação do sistema de informação em saúde nos níveis municipal, estadual e federal.

Em alguns depoimentos dos Conselheiros, além de terem citado a legislação básica do SUS, complementaram o discurso mencionando resoluções do Conselho Nacional de Saúde específicas sobre controle social, salientando, inclusive, a legislação local do CMSI, e portarias que regulamentam o funcionamento de programas de saúde.

Ressaltamos que, dos 31 Conselheiros entrevistados, apenas 4 responderam que sabiam das garantias legais que dão sustentação ao SUS, entretanto, não recordavam qual era o número das leis orgânicas para referi-las.

Os depoimentos a seguir ilustram esta afirmação:

- Não tenho propriedade do nome da lei, mas sei dos direitos que os usuários do SUS possuem (Ent.9).
- Conheço as leis, mas não recordo os nomes (Ent. 16).

Verifica-se que mesmo os Conselheiros que não sabem mencionar o arcabouço jurídico básico do SUS, as suas falas demonstram que reconhecem a existência das garantias legais, conforme exposto em seguida:

- Conheço as leis, porém não lembro os números delas (Ent. 17).
- Não sei o nome de lei que dá sustentabilidade ao SUS, mas sei os nossos direitos (Ent. 20).

**TABELA 21** – Distribuição da frequência e percentual do relato pelos Conselheiros entrevistados acerca do conhecimento sobre instrumento de gestão da política de saúde Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Conhecimento dos instrumentos de gestão</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Sim	22	71,0
Não	9	29,0
Total	31	100,0

Fonte: Pesquisa de campo.

Quando os entrevistados foram questionados sobre se conhecem os instrumentos de gestão, 71% responderam sim e 29% disseram que não. Os dados da TABELA 21 expressam um quantitativo elevado (71%) de Conselheiros entrevistados que possuem conhecimento acerca dos instrumentos de gestão utilizados na política de saúde, e isto sugere uma relação direta com a possibilidade de o Conselheiro participar, opinar, falar e votar dentro do Conselho Municipal de Saúde. O conhecimento facilita a construção da pauta, a compreensão das questões debatidas nesse fórum deliberativo e constitui-se em ferramenta para o desenvolvimento das atribuições no CMSI.

### **3.7 A concepção dos Conselheiros sobre atribuições, atuação e a prática do CMSI e a efetivação do exercício do controle social na política de saúde de Ilhéus, Bahia**

**Tabela 22** – Distribuição da frequência do relato dos Conselheiros sobre as atribuições do CMS, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Atribuições do Conselho</b>	<b>N</b>
Acompanhar o funcionamento do sistema de saúde	11
Contribuir na formulação de política de saúde	8
Fiscalizar as ações da SMS e definir os direitos dos usuários	6
Controle social do SUS em diversos aspectos	9
Acatar e investigar denúncias	1
Monitorar a aplicação dos recursos financeiros	15
Deliberar assuntos da política de saúde após avaliação	8

Fonte: Pesquisa de campo.

Na TABELA 22 observa-se que, nos dados relativos à percepção dos Conselheiros acerca das atribuições do Conselho, há predominância e concentração das respostas do monitoramento da aplicação dos recursos financeiros, seguidas da função de acompanhamento do funcionamento do sistema de saúde, elaboração da política de saúde, deliberação de temas debatidos no Conselho, fiscalização das ações da Secretaria Municipal de Saúde. As respostas dos entrevistados são precisas, demonstram seu nível de conhecimento sobre o papel do Conselho e expressam sua capacidade para atuar no CMSI.

Algumas frases transcritas traduzem a prática do Conselho de Saúde de Ilhéus, conforme estabelecido na Lei n.º 8.142/90, e o reconhecimento do papel e da importância da função do CMSI, inclusive evidenciando dificuldade do exercício do controle social, como pode ser observado:

– Fazer o controle social do sistema. Verificar se os recursos estão sendo bem aplicados. Verificar se os pagamentos estão sendo feitos em licitação. Verificar se a população está sendo bem atendida (Ent. 21).

– Discutir, propor, participar. Deliberar sobre a política de saúde de um determinado território. O Conselho enquanto entidade tem que ser atuante, no sentido de conseguir desenvolver todas essas ações (Ent. 25).

– O Conselho é construtivo. Todas as políticas para serem implantadas no município precisa ouvir o Conselho e ter a sua anuência (nem sempre acontece isso) (Ent.20).

O conhecimento das atribuições do CMS é perceptível nos depoimentos anteriores e denota o potencial dos Conselheiros para participar, deliberar e influenciar nas ações da gestão. Os relatos dos entrevistados sobre as competências do Conselho mostram que eles sabem o que está definido nas Resoluções n.ºs. 333/2003 e 453/2012 do CNS.

Os fragmentos da fala dos entrevistados dão ideia da sua capacidade de acompanhar a gestão do sistema, monitorar as ações de saúde e fiscalizar os recursos financeiros:

– Fiscalizar as aplicações dos recursos do SUS, implantação de saúde pública do município de Ilhéus, deliberar todos os assuntos pertinentes à saúde. Quando necessário, criar

resoluções para normatizar a política de saúde pública no município, buscar ajuda com o Ministério Público para resolver os problemas com a gestão (Ent. 27).

– Controle social, discutir e analisar os programas apresentados pela gestão. Acompanhar a gestão no que diz respeito a licitações e formulação dos instrumentos de gestão. Fiscalização para efetivar as leis e normas que regulamentam o SUS (Ent. 29).

Para referendar os depoimentos dos Conselheiros, reportamo-nos a Moroni (2009, p. 114-115), que percebe

[...] ‘conselho de política pública’ como espaço fundamentalmente político, institucionalizado, funcionando de forma colegiada, autônomo, integrante do poder público, de caráter deliberativo, composto por membros do governo e da sociedade civil, com as finalidades de elaboração, deliberação e controle da execução das políticas públicas. Na verdade, o conselho é um instrumento para concretização do controle social – uma modalidade do direito à participação política que deve interferir efetivamente no processo decisório dos atos governamentais (grifo do autor).

**TABELA 18** – Distribuição da frequência e percentual da opinião dos Conselheiros entrevistados sobre a atuação do CMSI na elaboração e aprovação dos instrumentos de gestão (plano, relatório e agenda), Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Atuação do CMSI</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
São elaborados e aprovados	5	16,1
São elaborados pela SMS, apreciados e aprovados na íntegra ou com ressalvas pelo CMS	26	83,9
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa de campo.

Os entrevistados foram questionados sobre a atuação do CMS na elaboração e aprovação dos instrumentos de gestão (plano, relatório e agenda). Verificou-se que 83,9% responderam que os referidos documentos são elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde, apreciados e aprovados na íntegra ou com ressalvas pelo Conselho Municipal de Saúde (TAB. 23). Com base nestes dados, pode-se afirmar que a equipe técnica da SMS é

responsável pela confecção dos instrumentos de gestão, apenas apresenta e submete os mesmos à apreciação do CMSI, e, posteriormente, faz as adequações para atender às deliberações do plenário do Conselho de Saúde.

Portanto, fica evidenciado que a participação no planejamento e na elaboração de proposta de construção da política pelo CMSI ainda é incipiente, embora disponha de comissão setorial para formulação, acompanhamento e avaliação do planejamento municipal de saúde, conforme descrito na Seção 3, art.36, § 2º do Regimento Interno do CMSI. Contraria também as Resoluções nºs. 333/2003 e 453/2012 do CNS no item que trata das competências dos conselhos de saúde, que propõem “definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços”.

Esta constatação, na pesquisa, está permeada pela questão do poder que envolve as relações entre o Estado e a sociedade civil, e retrata a restrição de autonomia deste espaço público em estudo. Na tentativa de compreender o exercício do poder no conselho gestor, buscamos os escritos de Dagnino (2002, p. 282-283):

[...] o poder deliberativo previsto para os Conselhos Gestores com frequência se transforma na prática em uma função consultiva ou até mesmo apenas legitimadora das decisões tomadas nos gabinetes. O conflito pela partilha efetiva do poder se manifesta também em alguns casos como demanda pela ampliação do âmbito das decisões envolvidas: as queixas relativas à fragmentação, à setorialização etc., das políticas que resultam dos espaços que envolvem a participação da sociedade civil significam que essa partilha do poder, mesmo quando existe, tem um caráter limitado e restrito, sem ampliar-se para decisões sobre políticas públicas mais amplas, que pudessem ter um impacto significativo para sociedade como um todo.

Neste sentido, entendemos que, embora a pesquisa aponte os avanços do exercício do controle social pelo Conselho Municipal na política de saúde de Ilhéus, os gestores centralizam as ações de planejamento respaldados no poder técnico, limitando a atuação do CMSI e cerceando a sua autonomia na referida atribuição.

**TABELA 24** – Frequência de demandas referidas pela população entrevistada oriundas do segmento que representa, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Demandas referidas</b>	<b>N</b>
Reformas nas unidades de saúde	4
Pagamento de insalubridade para os ACS	1
Plano de cargos e salários	2
Reposição de medicamentos nas unidades de saúde	6
Ampliação das cotas para exame	3
Instalação de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na Zona Sul	3
Classificação do perfil dos prestadores de serviços	1
Capacitação para os profissionais de saúde	2
Implementação do Programa de Anemia Falciforme	1
Implantação de PSF	3
Instalação de posto de coleta móvel na zona rural	2
Realização de chamamento público para contratação de serviços dos prestadores	3
Aquisição de equipamento de proteção individual (EPI)	2
Instalação de base do Samu	4
Melhoria na assistência à saúde prestada nas unidades de saúde	4
Abertura da Unidade de Emergência e Urgência	6

Fonte: Pesquisa de campo.

Os dados da TABELA 24 demonstram demandas variadas que os Conselheiros de saúde trouxeram do segmento que representam para debater no CMSI. De acordo com os entrevistados, os tipos de solicitação mais referidos foram: abertura da Unidade de Saúde de Urgência e Emergência, reposição de medicamentos nas unidades de saúde, seguido da instalação de base do Samu, melhoria na assistência à saúde prestada nas unidades de saúde, reforma das unidades de saúde, entre outras demandas. Verifica-se que as reivindicações são de interesse coletivo, que favorecerão os usuários de um modo geral, ou para atender portadores de patologias específicas e algumas para beneficiar os trabalhadores da saúde.

**TABELA 25** – Distribuição da frequência e percentual da informação pelos Conselheiros entrevistados sobre a participação em capacitação para o exercício das suas funções no CMSI, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Participação em capacitação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	18	58,1
Não	13	41,9
Total	31	100,0

Fonte: Pesquisa de campo.

Os resultados da TABELA 25 permitem identificar que a maioria (58,1%) dos Conselheiros entrevistados participou de capacitação para o desenvolvimento das suas funções no Conselho de Saúde. Esse preparo implica na linguagem, na comunicação entre os segmentos que compõem o Conselho e colabora na qualificação dos Conselheiros para possibilidades de intervenções e de vocalização no plenário do CMSI. Enfim, a capacitação contribui para potencializar e fortalecer a participação dos atores sociais que compõem os conselhos gestores através da disseminação de conhecimentos, socialização de informações e incentivo para formação da consciência sanitária.

Salientamos que o Estado da Bahia, em 2008, construiu um projeto denominado MobilizaSUS, a partir da articulação entre saúde, educação e Ministério Público, que traz a proposta de trabalhar com metodologias participativas, desenvolvendo processos pedagógicos que valorizem as diversas experiências no âmbito do SUS estadual, proporcionando a reflexão crítica dos sujeitos, o que implica na construção coletiva de uma nova concepção de controle social no SUS da Bahia (BAHIA, 2008c). Através da realização de oficinas no território baiano, utilizando um aporte teórico, discute concepções e transformações de práticas sobre temas inerentes ao exercício do controle social no SUS. As oficinas são destinadas aos Conselheiros de saúde, à comunidade em geral, professores e alunos da rede estadual de ensino (BAHIA, 2008c).

**TABELA 26** – Distribuição da frequência e percentual de informação pelos Conselheiros entrevistados sobre o conhecimento da produção dos serviços de saúde, das metas pactuadas e dos indicadores de saúde alcançados pela SMS de Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Conhecimento da produção dos serviços de saúde, de indicadores alcançados e metas pactuadas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	21	67,7
Não	8	25,8
Não sabe informar	2	6,4
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa de campo.

Quanto ao acesso às informações sobre a produção dos serviços de saúde das metas pactuadas pelo município com o Estado e os indicadores de saúde alcançados, 67,7% dos entrevistados responderam que têm acesso. Estes são elementos essenciais para aprofundar o conhecimento dos problemas de saúde e fazer diagnóstico desta realidade, bem como revelar o quantitativo das ações executadas para minimizar e ou solucionar os problemas e medir o impacto destas ações no universo populacional (TAB. 26).

Outro aspecto é que ter conhecimento da situação de saúde e da produção de serviços é um fator facilitador para participação mais dinâmica e igualitária dos Conselheiros de todos os segmentos no espaço público, neste caso específico, no CMSI.

Conforme Cotta *et al.* (2009, p. 15),

No campo do controle social, o acesso à informação é um fator essencial, uma vez que expande a capacidade de argumentação dos Conselheiros nos processos decisórios e isso implica a possibilidade de os Conselhos de Saúde deliberarem sobre a política de saúde e intervirem na realidade hoje existente.

Entretanto, ressaltamos que, no roteiro da entrevista, a pergunta foi formulada englobando três questões (conhecimento da produção dos serviços de saúde, indicadores alcançados e metas pactuadas), causando limitação na resposta. Tanto a resposta positiva como a negativa referem a indagação acerca do conhecimento que os Conselheiros têm dos três itens.

**TABELA 27** – Distribuição da frequência e percentual da informação pelos Conselheiros entrevistados sobre a homologação das deliberações do CMSI pelo Prefeito, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Informações sobre homologação das deliberações do CMSI</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Sim	13	41,9
Não	4	13,0
Às vezes/algumas vezes	8	25,8
Não sabe informar	6	19,3
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa de campo.

Os entrevistados quando indagados sobre se as decisões tomadas pelo Conselho são homologadas pelo prefeito, 41,9% informaram que sim, 13,0% responderam que as deliberações não são homologadas, 25,8% que algumas decisões são homologadas e 19,3% não souberam informar.

Os percentuais demonstram uma preponderância (41,9%) da percepção dos Conselheiros acerca da aprovação dos atos do CMSI pelo prefeito. Quando agregamos a categoria “sim com às vezes” elevamos a proporção para 67 %, o que indica anuência da autoridade executiva municipal e efetivação do controle social na política de saúde de Ilhéus, Bahia (TAB. 27).

A seguir, alguns depoimentos dos Conselheiros detalham a conduta do gestor municipal:

- A partir de 2007 as decisões passam a ser homologadas, através de Resoluções do Conselho e homologadas pelo prefeito (Ent.18).
- Em alguns momentos sim, e outros não. Tinha muita interferência política na saúde (Ent. 20).
- Algumas resoluções são divulgadas no Diário Oficial (Ent. 22).
- A única que o prefeito homologou foi o da atual composição do conselho (Ent. 27).

Salientamos que as deliberações necessitam de adoção de medidas administrativas por parte do gestor da saúde e devem ser homologadas pelo governo (gestor municipal); já as deliberações referentes ao controle da execução da política de saúde e à organização interna do Conselho não devem depender da homologação para serem colocadas em prática (BRASIL, 2002).

**TABELA 28** – Distribuição da frequência e percentual da opinião dos Conselheiros entrevistados sobre a execução das deliberações do CMSI pelo gestor da saúde, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Deliberações do CMSI são executadas pelo gestor da saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	2	6,4
Não	2	6,4
Às vezes/Boa parte/Algumas/Em parte	25	80,6
Não tem conhecimento/Não sabe informar	2	6,4
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa de campo.

De acordo com os dados da TABELA 28, a proporção maior (80,6%) dos entrevistados afirma que algumas decisões tomadas pelo CMSI são executadas pelo gestor da saúde, 6,4% disseram que as decisões são executadas, este valor agregado ao percentual preponderante (80,6%) resulta em 87%, e expressa, de forma significativa, que a prática decisória do CMSI é percebida pelo gestor como legítima. Entretanto, 6,4% dos entrevistados discordam, negando que o gestor da saúde coloca em ação as decisões tomadas pelo Conselho e 6,4% não sabem informar.

Com base nos dados da referida TABELA, pode-se inferir que o CMSI é uma arena deliberativa e que, parcialmente, suas decisões são acatadas e postas em prática pelo gestor da saúde. Portanto, consideramos que o CMSI participa, efetivamente, das decisões, entretanto, o poder executivo, aqui representado pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme a percepção e o relato dos Conselheiros entrevistados, nem sempre atende às deliberações. Na dinâmica da relação entre o Estado e a sociedade civil, os interesses contraditórios são alvo de disputa, conflito e negociação, e estão presentes nos processos cotidianos das instâncias deliberativas.

Para Tatagiba (2002, p. 90-91),

Tanto no campo teórico quanto no político, a questão da natureza deliberativa dos conselhos tem estado presente na agenda de discussão permeada por muitas controvérsias. [...] De fato, em alguns casos, um conselho bem-sucedido pode não ter sua ação diretamente relacionada à deliberação ('induzir o Estado à ação'), mas ao controle social do Estado (no sentido fiscalizatório, que visa 'impedir o

Estado transgredir'), ou a uma eficiente vocalização das demandas, ou a uma junção feliz dessas características. [...] os encontros entre Estado/sociedade nos conselhos parecem regidos por uma lógica contraditória, marcada pela correlação entre o peso relativo dos traços autoritários das instituições estatais brasileiras e o peso relativo do recente adensamento da sociedade civil, através da criação de novos espaços de negociação e representação políticas. Os conselhos, nesse sentido, encarnam as ambiguidades, os desafios e as promessas de uma forma partilhada de construção das políticas públicas, sob a égide de uma cultura política na qual predominam referências autoritárias (grifos do autor).

O conteúdo da fala dos Conselheiros destaca e retrata a postura do gestor da saúde, a dinâmica da relação deste com o CMSI e revela as possibilidades e os limites impostos ao controle social na política de saúde, e é apresentado abaixo:

- As demandas que chegam ao Conselho para autorização chegam de última hora para serem aprovadas e utilizar o recurso (Ent. 2).
- O Conselho decidiu ampliar o número de PSFs, foi feita a descentralização dos PSFs, hoje as pessoas têm um certo atendimento sem precisar se deslocar para muito longe de sua casa” (Ent. 9).
- Toma-se decisões, mas o gestor não executa (Ent.13).
- No Conselho foi formado grupos, que servem como fiscais, cada grupo era composto por três Conselheiros. As demandas que eram levadas para os Conselheiros do grupo, iam lá, fiscalizavam, faziam relatórios e levavam para o Conselho, e os prestadores de serviços eram chamados para tentar corrigir o erro. Quase todas as decisões do Conselho foram colocados em prática pelo gestor, quando o secretário não faz, o Conselho denuncia ao Ministério Público (Ent.16).

Os depoimentos anteriores dos Conselheiros e os apresentados a seguir demonstram a efetividade deliberativa do CMSI, entretanto, evidenciam que não asseguram o cumprimento das decisões na construção da política de saúde. Também indicam a independência e a autonomia do CMSI em relação à gestão municipal.

– Nem todas são executadas, pois depende muito da boa vontade do gestor que esteja ocupando o cargo. Em uma época foi discutido a melhoria de um posto de saúde, no qual queria a ampliação para um posto avançado e essa discussão se arrastou por muito tempo e foi levada ao gestor, depois retornou de outra forma e isso se transformou em um pacto com o hospital do município, mas não era exatamente o que o Conselho gostaria que fosse executado (Ent. 17).

– A partir de 2007 passou a ter mais uma efetividade na execução. A questão do PSF do Alto do Coqueiro buscou-se a demanda, discutiu, aprovou e foi exigido da gestão a implantação (Ent.18).

– Tem sido uma disputa política interna no Conselho. Quando é deliberado é mais por conta da responsabilidade do Conselho. Conseguiu organizar melhor o Conselho com sede, sendo determinante para que os Conselheiros pudessem ter pelo menos um local para se reunir e debater as documentações que chegam em suas mãos (Ent. 20).

Nos estudos sobre os Conselhos da Região Nordeste, Cunha (2007, p. 159) afirmou que

A análise sobre os conselhos do Nordeste mostra a existência concomitante de uma nova cultura política mais democrática e participativa, mesmo que ainda incipiente, e uma cultura política tradicional, baseada em relações clientelísticas e patrimoniais, e que ambas disputam seus projetos em diversos espaços, inclusive nos conselhos. [...] pôde-se verificar o potencial dos conselhos em incluir novos atores e novos temas no debate e na decisão sobre políticas públicas. Isso indica que novos conflitos estão se apresentando nesses espaços, e que eles podem dar não só maior publicidade e transparência a esses embates, mas também produzir impactos positivos seja na estrutura decisória do Estado, seja no seio da própria sociedade.

**TABELA 29** – Frequência do relato da população entrevistada sobre exemplos de deliberações do CMSI executadas pelo gestor da saúde, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Deliberações do CMSI executadas pelo gestor da saúde</b>	<b>N</b>
Implantação do Programa de Saúde do Homem	2
Reabertura da emergência de hospital conveniado ao SUS	4
Mutirão da cidadania	3
Contratação de médico hematologista/Implementação do Programa de anemia falciforme	2
Ampliação do Programa de Saúde Mental	2
Reabertura da Unidade de Terapia Intensiva	4
Aquisição de sede do CMS	7
Implementação de equipes de saúde da família	3
Regularização do pagamento dos trabalhadores da saúde	2
Implantação de Unidade de Saúde Avançada	2
Reposição de estoque de medicamentos	1
Organização na distribuição de cotas de exame por unidade de saúde	1
Dotação orçamentária para o CMS	3
Cancelamento do contrato com a Fundação Estatal	2
Disponibilidade de veículo para o CMSI	2

Fonte: Pesquisa de campo.

De acordo com a TABELA 29, quando os Conselheiros municipais de saúde foram instigados a citar exemplos de assuntos deliberados pelo CMSI que foram executados pelo gestor da saúde, estes ilustraram com as seguintes situações: aquisição da sede do Conselho, reabertura da emergência de hospital conveniado ao SUS e da Unidade de Terapia Intensiva, implementação de equipes de saúde da família, mutirão da cidadania, dotação orçamentária para CMS, entre diversos outros temas relacionados às conquistas para melhoria da assistência prestada aos usuários, à valorização dos trabalhadores de saúde e às condições para o desenvolvimento das atividades do CMSI.

**TABELA 30** – Distribuição da frequência e percentual da opinião dos Conselheiros entrevistados sobre a interlocução do CMSI com órgãos de controle externo Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Interlocução com órgãos de controle externo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	29	93,5
Não tem informação	02	6,4
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa de campo.

**TABELA 31** – Distribuição de frequência e percentual de relatos dos Conselheiros entrevistados sobre motivos para estabelecer parceria com órgãos de controle externo, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Motivos da parceria com órgãos de controle externo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Garantir a execução das deliberações do Conselho	11	38,0
Chamamento público para contratação de serviços	4	13,8
Indícios de desvios de recursos financeiros e não aprovação das contas da SMS	9	31,0
Garantir o cumprimento das ações de saúde	5	17,2
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa de campo.

Na TABELA 30 observa-se que, dos sujeitos entrevistados, 93,5% disseram que o CMSI faz interlocução com órgãos de controle externo, tais como Ministério Público Federal e Estadual, e apenas 6,4% não dispõem da referida informação.

Em relação à referida interlocução, os fragmentos de depoimentos dos Conselheiros de saúde entrevistados demonstram o reconhecimento da importância do CMSI estabelecer parceria com órgão de controle externo, conforme está exposto a seguir:

- Quando a gestão não estava correspondendo à demanda que lhe era dada, o Conselho fazia parceria com esses órgãos de controle externo (Ent. 7).
- O Conselho no papel de fiscalizador precisa de aporte de outros órgãos (Ent. 14).
- O Conselho tem buscado outros órgãos, como Defensoria e Ministério Público. Além de ser um órgão de credibilidade, pode ajudar dentro da legalidade e da obrigatoriedade

de que a Secretaria de Saúde passe a atender (Ent.15).  
– O Conselho tem o papel importante que é realizar o controle social, mas depende de certas coisas que somente a justiça tem capacidade de fazer a intervenção (Ent. 17).  
– Fragilidade do poder do Conselho. Muitas vezes o gestor precisa ouvir dos órgãos externos essa posição de que se não fizessem da forma que estava sendo encaminhada pelo Conselho iam responder legalmente. O órgão externo reforçava a opinião do Conselho (Ent. 20).

A articulação que o CMSI estabeleceu com o Ministério Público não é um fato isolado e específico desse órgão deliberativo. O Conselho Nacional de Saúde também tem uma estreita parceria, criando, inclusive, um Fórum Permanente de Articulação entre o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério Público, para atuarem juntos em defesa do SUS. Como também na Resolução n.º 333/2003 do CNS, o item da estrutura e do funcionamento dos Conselhos de Saúde, diz que “os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público” (p. 1).

Além disso, o Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde (2012), na diretriz 2, denominada Gestão participativa e controle social sobre o Estado, prevê ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS. Para isso aprovou a seguinte proposta:

Ampliar nas articulações dos conselhos de saúde das três esferas de governo com os demais órgãos de controle (Tribunais de Contas dos Estados e da União e Ministério Público), Auditoria da Saúde e sociedade civil organizada para melhorar e qualificar o controle social no SUS e garantir rapidez e eficiência na apuração e punição de fraudes e malversação de recursos financeiros e materiais na saúde, bem como para a efetiva fiscalização do uso de recursos e ações executadas pelos gestores das três esferas de gestão do SUS, promovendo a inclusão dos Conselheiros de saúde em outros conselhos, fortalecendo o compartilhamento e intersetorialidade das ações de controle social (p. 1).

Quanto aos motivos para estabelecer parceria com os órgãos de controle externo (TAB. 31), os Conselheiros expuseram as seguintes

causas: garantir a execução das deliberações do Conselho (38%), apurar indícios de desvios de recursos financeiros e não aprovação das contas da SMS (31%), garantir o cumprimento das ações de saúde (17,2%) e realizar chamamento público para contratação de serviços (13,8%).

Segundo Turini,

o controle social em saúde, apesar de institucionalizado, não garante de forma mágica a igualdade de oportunidades de acesso ao poder, nem tampouco elimina as desigualdades de caráter reivindicatório entre os diversos segmentos (2001, p. 104-105).

Os depoimentos dos Conselheiros, a seguir, evidenciam a intensidade da parceria do CMSI com os órgãos de controle externo, buscando garantir a efetivação do controle social na política de saúde de Ilhéus, Bahia.

- Para efetivar uma política concreta e com o aval da justiça para que não seja descoberta sem ela (Ent. 2).
- A parceria com o Ministério Público Estadual quando a pauta de melhoria era deliberada e não era executada, com o Ministério Público Federal quando tinha indícios de desvio de recursos (Ent. 9).
- Garantir a execução do que foi deliberado, estudado e aprovado pelo tribunal, ou o plenário do Conselho (Ent. 12).
- Consultar o Ministério Público em momentos de dúvidas legais do Conselho sobre determinados assuntos, denunciar ao detectar contratos não condizentes com o pensar do Conselho. A presença da promotoria para ajudar na elaboração de termos de ajustamento de condutas (Ent.18).

O que se pode verificar, nas falas dos entrevistados, é que diante das temáticas tratadas no CMSI, que geram tensões e conflitos com a gestão, os Conselheiros buscam parcerias com o Ministério Público para garantir o exercício do controle social e defender o Sistema Único de Saúde na esfera local.

**TABELA 32** – Distribuição da frequência e percentual da informação pelos Conselheiros entrevistados acerca da existência de processos encaminhados pelo CMSI para órgãos de controle externo Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Existem processos encaminhados aos órgãos de controle externo?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	25	80,6
Não	4	13,0
Outros (Não sabe informar)	2	6,4
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa de campo.

**TABELA 33** – Distribuição de frequência e percentual de assuntos dos processos encaminhados aos órgãos de controle externo referidos pelos Conselheiros entrevistados, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2012

<b>Assuntos dos processos encaminhados aos órgãos de controle externo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Descumprimento de algumas responsabilidades da gestão	2	8,0
Suspeita de desvios de recursos financeiros e indícios de irregularidades das contas da SMS	23	92,0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa de campo.

Na TABELA 32 observam-se as respostas dos Conselheiros quanto à existência de processos encaminhados pelo CMSI aos órgãos de controle externo; conforme exposto, 80,6% disseram que sim, para 13% a resposta foi negativa e 6,4% não sabem informar. Em relação aos assuntos relativos aos processos enviados aos órgãos de controle externo (TAB. 33), 92% referiram haver suspeita de desvios de recursos financeiros e indícios de irregularidades das contas da Secretaria Municipal de Saúde, e 8% mencionaram o descumprimento de algumas responsabilidades da gestão.

## **Conclusões**

A participação social, no Brasil, é resultado do rompimento de gestões autoritárias que dominaram o cenário político durante anos, do restabelecimento da democracia no país e da expansão dos princípios

da cidadania, culminando com alterações na relação entre Estado e sociedade civil para a construção de políticas públicas. A participação social foi legitimada constitucionalmente em 1988, e institucionalizada mediante a implantação de espaços públicos, tais como: conselhos gestores, conferências e orçamentos participativos.

Especificamente, na política de saúde no Brasil, a análise da pesquisa bibliográfica realizada nesse estudo possibilitou perceber a transformação no processo de participação social, revelando que esta foi iniciada de forma incipiente, através da criação dos canais de participação após a garantia da Constituição de 1988, e das Leis Orgânicas da Saúde, em 1990, e que, ao longo dos 25 anos de implementação do Sistema Único de Saúde, foi se consolidando o controle social da política de saúde por meio de interesses diversificados e plurais, resultando na manifestação de mediação, divergência, consenso, dissenso e negociação dentro dos Conselhos de Saúde. Esse processo sedimentou a participação da sociedade civil, assegurando a comunicação entre ela e o Estado.

A literatura (AVRITZER, 2007; GOHN, 2003 et al.) consultada que serviu de embasamento (de fio condutor) para esse estudo mostra que, com a continuidade do processo da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), nas décadas de 1990 e 2000, ocorreram significativas conquistas, emergiram diversos limites na atuação dos conselhos de saúde e muitos desafios foram surgindo para o avanço do controle social.

Esses conselhos gestores, responsáveis pela formulação e fiscalização das políticas públicas no Brasil, têm se constituído em objeto de pesquisa. Muitos desses estudos voltam-se para investigar a participação da sociedade civil desempenhando seu papel nesses espaços públicos. Especificamente na política de saúde, verificamos o interesse de autores, a exemplo de Cunha (2009), Tatagiba (2002), Ribeiro (2010), em estudar vários aspectos da trajetória dos Conselhos de Saúde e da efetividade do controle social.

O nosso estudo sobre a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus retrata uma realidade promissora para o controle social na política de saúde local, pois são visíveis a inserção de atores sociais da sociedade civil nesse espaço público, o conhecimento vasto dos Conselheiros de saúde sobre o SUS e a mobilização para efetivação

das decisões tomadas no plenário. Outros pontos que nos chamaram a atenção foi a conscientização dos Conselheiros, a reflexão crítica, o reconhecimento dos ganhos e das limitações na atuação do CMSI, assim como o envolvimento deles para fomentar a gestão compartilhada na consolidação do SUS a nível local.

O panorama encontrado demonstra o engajamento dos Conselheiros, o posicionamento político do CMSI em torno de questões coletivas e a participação ativa na agenda pública. Porém é evidente que este processo não ocorreu de forma homogênea no período que foi analisado, mas nota-se, sobretudo, que, a partir do ano de 2005, intensifica-se o processo decisório sobre diversos temas, o que indica participação na organização da assistência e no controle dos recursos financeiros. Também por volta de 2007, destaca-se a manifestação da interlocução do CMSI com órgãos de controle externo, a exemplo da pareceria estabelecida com o Ministério Público.

Observa-se que, no processo de criação do CMSI, houve diversos equívocos quanto a sua composição e paridade. Como foi apresentado no capítulo III, a legislação (datada de 1994, com reformulação em 2001) do mencionado Conselho de Saúde não obedeceu à Lei Orgânica da Saúde de nº 8.142/90 e as recomendações da Resolução n.º 33/1992 do Conselho Nacional de Saúde, com isto provocando uma concentração de cadeiras para o segmento do governo, o que limitava a pluralidade de opiniões nos debates, reduzia/restringia a participação da sociedade civil, privilegiava um determinado segmento, possibilitando centralizar o poder na tomada de decisões.

Entretanto, analisando a história da institucionalização desta instância colegiada, notamos o investimento para a correção, na legislação municipal, alterando a composição, resultando, em 2007, na formatação de uma estrutura que atende às determinações existentes no arcabouço jurídico-legal que legitima o controle social a nível nacional, e a maioria das recomendações das resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, os documentos que regularizam a existência e o funcionamento do CMSI foram reformulados e estão em consonância com as exigências da Constituição Federal e das Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, permitindo, com isso, que o CMSI exerça o seu papel caracterizado pela manifestação

da multiplicidade de interesses dos segmentos que compõem o referido fórum, favorecendo a democratização das relações de poder e se constituindo em um espaço público de debates e negociações.

Ainda em relação à organização interna do CMSI, há um diferencial significativo, já que dispõe de comissões setoriais de composição paritária, e as mesmas contribuem para enriquecer as discussões que precedem as deliberações, dando respaldo para a tomada de decisões. Neste sentido, a ação da Comissão de Análise dos Processos de Licitação e dos Demonstrativos Financeiros da Secretaria Municipal de Saúde são evidências da capacidade do desempenho do CMSI no papel fiscalizador das contas públicas. Além disso, indica a influência e a participação deste fórum no controle da política de saúde local nos aspectos econômicos, orçamentários e financeiros, conforme disposto no § 1º, do artigo 1º, da Lei n.º 8.142/90.

A análise ainda permitiu concluir que, no item organização interna, foi percebido o avanço democrático, tanto no Regimento Interno como na convocação e regulamentação do processo eleitoral para escolha de instituições e entidades que terão assento no Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, como também na realização da eleição bienal da diretoria executiva desse espaço público

Constatou-se que o CMSI dispõe de estrutura básica, composta de sede, mobiliário, equipamentos, funcionário para a realização dos trabalhos administrativos e dotação orçamentária no Plano Plurianual de Ilhéus para sua gestão, o que ajuda no desempenho de suas funções. Consideramos que esse é um elemento importante para auxiliar no processo de independência e autonomia desse Conselho em relação à Secretaria Municipal de Saúde.

Ressalta-se que a pesquisa documental possibilitou concluir que vem ocorrendo um progresso paulatino na relação entre o CMSI e o poder público, aqui representado pela Secretaria de Saúde, apontando a substituição de uma cultura política tradicional de gestão pública por um modelo calcado em debates, conflitos, negociações, divergências, disputas interna e deliberações. Isto representa a instalação de práticas democráticas e o compartilhamento do poder na tomada de decisões da política de saúde em Ilhéus. Vários ganhos foram obtidos com a institucionalização do CMSI

no acompanhamento da referida política pública, mas ainda que existam muitos problemas na relação entre a sociedade civil e o poder público, a participação social e o controle social são uma realidade nesse território.

Os resultados, nesse estudo demonstram a veracidade da transformação das relações entre o Estado e a sociedade civil, indicando o encurtamento da distância da população nas decisões da agenda pública e apontando a luta para conquistar o direito de exercer o controle social na política de saúde em Ilhéus, Bahia.

A análise dos dados da pesquisa de campo permitiu concluir que o conhecimento dos Conselheiros sobre os instrumentos de gestão, o arcabouço jurídico do SUS e a função da representação social do Conselho como espaço de expressão de interesses plurais para beneficiar a coletividade, é uma condição básica para o exercício do controle social. Acreditamos que a inserção em movimentos sociais, a experiência participativa anterior ao Conselho e as capacitações recebidas serviram de subsídios para colaborar com a qualificação dos Conselheiros. Isto tudo possibilita a partilha do poder nos debates e a eficiência da atuação, uma vez que o conhecimento é importante para o empoderamento do ator social e reduz as desigualdades e a assimetria nos debates entre os Conselheiros.

Por outro lado, a ausência e/ou a participação incipiente no processo de planejamento para a definição de prioridades das ações de saúde contribuem para fragilizar o controle social no CMSI. Nesse sentido, de fato, vários depoimentos dos Conselheiros entrevistados revelam que a participação do Conselho na elaboração do plano municipal de saúde, (documento que contém o planejamento das ações de saúde), é embrionária. Conforme suas declarações, a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde confecciona o plano e depois o submete à apreciação do Conselho, podendo o mesmo apenas fazer alterações, complementar e aprovar o instrumento de gestão citado.

Entretanto, neste estudo, foi identificada a visão ampliada dos Conselheiros acerca dos problemas de saúde e sua rede explicativa, assim como a sua percepção sobre a organização do sistema de saúde, o que revela a capacidade dos mesmos para participar de forma efetiva na construção do plano municipal de saúde, o que denota a necessidade de

democratizar as relações e ampliar o poder de participação do Conselho em assuntos de cunho estritamente técnico. Também torna imperativa a ativação da Comissão de Formulação, Acompanhamento e Avaliação do Planejamento Municipal de Saúde do CMSI, para que funcione como a Comissão de Análise dos Processos de Licitação e dos Demonstrativos Financeiros da Secretaria Municipal de Saúde e a Comissão de Acompanhamento dos Conselhos Locais de Saúde.

Apesar das dificuldades enfrentadas, não há dúvida de que o CMSI é um espaço público capaz de fomentar a democratização e que vem exercendo seu papel decisório na política de saúde local. Consideramos que esse Conselho tem dois elementos facilitadores para o processo de participação: o nível de escolarização dos Conselheiros e a experiência acumulada em movimentos sociais. Esses elementos contribuem para acessar informações e deter conhecimentos imprescindíveis ao desenvolvimento da sua atuação. Entretanto, embora reconheça que o conhecimento e a visão crítica dos Conselheiros não são suficientes para garantir o exercício do controle social na política de saúde de Ilhéus, Bahia, reitero que é uma condição importante nesse referido processo.

A pesquisa possibilitou identificar que os Conselheiros têm conhecimento acerca da legislação do SUS e das atribuições do Conselho, e grande parte das deliberações é colocada em prática pelo gestor, portanto, pode-se constatar a efetividade deliberativa do CMSI na política de saúde local. E que diante das situações conflituosas na relação CMSI e gestão da saúde, o que se constitui em dificuldade para a execução das decisões tomadas em plenário, bem como na presença de indícios de irregularidades, o que pode ocasionar risco para a saúde dos usuários e ou instabilidade para o sistema de saúde local, o CMSI tem buscado parceria com órgãos de controle externo, a exemplo do Ministério Público.

Ressalta-se que a interlocução do CMSI com o Ministério Público tem gerado oportunidades de defesa do SUS, garantia do controle social e contribuído para consolidar a democratização na gestão da política de saúde. Entretanto, apesar do reconhecimento dos avanços resultantes da influência do CMSI na condução da política de saúde de Ilhéus, das conquistas alcançadas na sua institucionalização, na organização interna e no funcionamento do Conselho, é notória a persistência de dificuldades, entre

elas: restrição da participação na formulação do planejamento municipal, deliberações do CMSI que não são homologadas, o não cumprimento, a não execução por parte do gestor da saúde de decisões tomadas no plenário, sendo necessário que o CMSI recorra aos órgãos de controle externo para o enfrentamento dos empecilhos e superação dos mesmos.

A interpretação e a análise dos dados possibilitaram descrever a implantação jurídico-legal, a estrutura organizativa e o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, Bahia, e relatar a dinâmica do funcionamento desse Conselho. Também permitiu caracterizar os Conselheiros entrevistados, abordar a sua percepção sobre a situação de saúde de Ilhéus, constatar seu conhecimento sobre a legislação básica do SUS e as ferramentas essenciais para que possam atuar. Além disso, foi possível apresentar a concepção dos Conselheiros sobre atribuições, atuação e a prática do CMSI, e a efetivação do exercício do controle social na política de saúde de Ilhéus, Bahia.

Os dados encontrados e analisados neste trabalho, ao serem cotejados com o referencial teórico demarcado para o estudo, possibilitaram compreender o papel político do CMSI, constatar que o exercício da cidadania no Conselho de Saúde vive em constante risco e tensão, sendo necessário implantar estratégias para mobilizar e fortalecer o empoderamento da sociedade civil.

Diante do exposto, pode-se depreender que a busca da efetivação do controle social é um processo inacabado e que há necessidade de investimento em capacitação para Conselheiros, lideranças comunitárias, estudantes e outros, devendo envolver instituições formadoras, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e Ministério Público Estadual e Federal. Trata-se do desenvolvimento da política de educação permanente para o fortalecimento do controle social no SUS e a sensibilização de atores sociais visando ao compromisso com os interesses coletivos.

As diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS, aprovadas no plenário do Conselho Nacional de Saúde, em 2005, proporcionam qualificar a participação dos Conselheiros. Com isto, contribui com a participação cidadã no controle das políticas públicas, em busca da justiça desejada e da garantia do direito à saúde.

Outros pontos essenciais para a solidificação da cidadania democrática e a inclusão da participação de um contingente maior de pessoas na política de saúde são: dar visibilidade à atuação dos Conselhos de Saúde, socializar as ações, dar transparência às deliberações desse fórum, enfim, manter canais de comunicação com a população, como está previsto na Resolução n.º 333/2003 do CNS.

O incremento da divulgação é fundamental para suscitar mobilização, organização da sociedade e, conseqüentemente, impactar positivamente, resultando na incorporação de diversos atores no jogo de poder, uma vez que a disputa entre os projetos políticos fazem parte da sociedade democrática. A diversidade de interesses é a essência dos debates dentro do Conselho, e cada representante deve trazer demandas das suas bases e defendê-las, pois é isto que assegura a legitimidade da representação. Os resultados dos dados desta pesquisa permitiram perceber a efetividade da representatividade dos Conselheiros de saúde e o esforço do CMSI para dar visibilidade às suas ações.

O Conselho de Saúde é uma arena onde, no cumprimento de suas competências, é manifestada pluralidade de opiniões, emergem os conflitos, ocorrem negociações e consensos, e quando há acirramentos e ou surgem outras situações que extrapolam as limitações desse espaço público, faz-se necessário recorrer a órgão de controle externo e estabelecer parcerias, como foi salientado.

O Conselho de Saúde, contudo, é uma experiência ímpar, e o desempenho desse fórum é um potencializador do exercício da cidadania na política de saúde e, conseqüentemente, das relações democráticas nesse País.

Por fim, a busca da plenitude do controle social no Sistema Único de Saúde e a consolidação do funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme estabelecido na legislação, são desafios que estão colocados para todos os segmentos previstos na sua composição e representam um compromisso cívico.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. P. von G. de; FERRAZ, C. A. Políticas de Formação de Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 1, p. 31-35, jan.-fev. 2008.
- ALMEIDA, M. J. de et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-165, maio- ago. 2007.
- ALVAREZ, M. C. Controle Social notas em torno de uma noção polêmica. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 168-176, jan.-mar. 2004.
- AQUINO, R. Estratégia de saúde da família. In: AQUINO, R. et al. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador: Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, 2002.
- ARAÚJO D.; MIRANDA M<sup>a</sup> C. G. de; BRASIL, S. L. Formação de Profissionais de Saúde na Perspectiva da Integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, p. 20-31, jun. 2007. Suplemento1.
- AVRITZER, L. (org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009.
- \_\_\_\_\_. O orçamento participativo: as experiências de Porto Alegre e Belo Horizonte. In: DAGNINO, Evelina (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- AVRITZER, L. **A moralidade da democracia: ensaios em Teoria Habermasiana e Teoria Democrática**. São Paulo: Perspectiva: Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1996.
- \_\_\_\_\_. **A participação social no Nordeste**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.
- BACELAR, T. Palestra magna: Política pública, participação social, desenvolvimento sustentável e territórios. In: MIRANDA, C.; TIBURCIO, B. (org.). **Articulação de políticas públicas e atores sociais**. Brasília, DF: IICA, 2008. (Série Desenvolvimento Rural Sustentável, 8.)
- BARBOSA, L. de M. M. Glossário. In: ROUQUAYROL, M<sup>a</sup> Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2001.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1779-1790, nov. 2007. Suplemento.

BORDENAVE, J. E. D. **Alguns fatores pedagógicos**. Brasília, DF: OPAS 1983. (Projeto Larga Escala).

BÓGUS, C. M<sup>a</sup>. A educação popular em saúde como possibilidade para o incremento do controle social no setor saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 346-354, jul.-set. 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Presidência da República**, Casa Civil, Subsecretaria para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, [20--]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: maio 2012.

\_\_\_\_\_. Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final da 10<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. **Presidência da República**, Casa Civil, Subsecretaria para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm)>. Acesso em: jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 6.495, de 30 de junho de 2008. Institui o Programa de Extensão Universitária - PROEXT. **Presidência da República**, Casa Civil, Subsecretaria para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6495.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6495.htm)>. Acesso em: jun. 2012.

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Presidência da República**, Casa Civil, Subsecretaria para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)>.

\_\_\_\_\_. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde: IEC, 1994.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Presidência da República**, Casa Civil, Subsecretaria para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Presidência da República**, Casa Civil, Subsecretaria para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Presidência da República**, Casa Civil, Subsecretaria para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm)>. Acesso em: jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Parecer n.º 1.133, de 7 de agosto de 2001. Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Ministério de Educação**, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: ago. 2013.

BRASIL. Parecer n.º 1300, de 6 de novembro de 2001. Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. **Ministério de Educação**, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>>. Acesso em: set. 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Ministério da Saúde**, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 1993. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)>. Acesso em: fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Ministério da Saúde**, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196\\_10\\_10\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html)>. Acesso em: nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Resolução n.º 451, de 15 de março de 2012. **Ministério da Saúde**, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0451\\_15\\_03\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0451_15_03_2012.html)>. Acesso em: nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Resolução n.º 453, de 10 de maio de 2012. Aprovação de diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Ministério da Saúde**, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html)>. Acesso em: out. 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 2.472, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Ministério da Saúde**, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472\\_31\\_08\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html)>. Acesso em: set. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: [s.n.], 1986.

BRASIL. **Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. **Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Municipalização é o caminho. Brasília, DF: MS, 1992.

\_\_\_\_\_. Resolução n.º 33, de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”, na forma anexa. **Ministério da Saúde**, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 1992. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_92.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_92.htm)>. Acesso em: out. 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **A prática do controle social**: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Cartão Nacional de Estabelecimento de Saúde (Cnes). **Relatórios**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br)>. Acesso em: 21 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**. Brasília, DF; [s.n.], 1986.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Portal Saúde. **Situação da Saúde**. Brasília, DF, 2013 Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 12 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil**: Cadernos de Textos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Aprender SUS**: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. (Série B. Textos Básicos de Saúde, 1.).

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS**. Desprecariza SUS: perguntas & respostas. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

\_\_\_\_\_. **SGTES**: políticas e ações. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA A. E. et al. (org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho social. 2. ed. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2007.

CALVO, M.<sup>a</sup> C. M.; VIEIRA M. Avaliação das condições de alteração de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2315-2326, dez. 2011.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI R. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, out.-dez. 2006.

CARINHATO, P. H. Neoliberalismo. Reforma do Estado e políticas sociais nas últimas décadas do século XX no Brasil. **Revista Aurora**, Marília, v. 2, n. 3, p. 37-46, dez. 2008.

CARVALHO, M<sup>a</sup>. do C. A. A. **Participação social no Brasil hoje**. [S.l.: s.n., [20--?]]. Disponível em: <[www.polis.org.br/obras/arquivo/169.pdf](http://www.polis.org.br/obras/arquivo/169.pdf)>. Acesso em: 2 mar. 2010.

- CARVALHO, M<sup>a</sup>. do C. A. A. Participação social no Brasil Hoje. In: ARAUJO, J. N. G. de et al. (org.). **Figura paterna e ordem social** – tutela, autoridade e legitimidade nas sociedades contemporâneas. Belo Horizonte: Editora PUC Minas: Autêntica Editora, 2001. Disponível em: <www.polis.org.br/obras/arquivo 169.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2011.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis. Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan.-jun. 2004.
- CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. 12. ed. São Paulo: Ática, 2002.
- CHONCHOL, J. A soberania alimentar. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 19 n. 55, p. 33-48, set.-dez. 2005.
- COÊLHO, D. B. Gestão municipal e arranjos participativos em Pernambuco: entre racionalidade política e ajustes distributivos. In: AVRITZER, L. (org.). **A participação social no Nordeste**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. p 85-108.
- CODES, A. L. M. de. **A trajetória do pensamento científico sobre pobreza**: em direção a uma visão complexa. Brasília, DF: IPEA, 2008.
- CORDEIRO, S. et al. A luta por participação e controle social em um conselho municipal de saúde. In: ROMANO J. et al. (org.). **Olhar crítico sobre participação e cidadania**: a construção de uma governança democrática e participativa a partir do local. São Paulo: Expresso Popular, 2007.
- CORNWALL, A. et al. Posfácio. Culturas da política, espaços de poder: contextualizando as experiências brasileiras de governança participativa. In: ROMANO J. et al. (org.). **Olhar crítico sobre participação e cidadania**: a construção de uma governança democrática e participativa a partir do local. São Paulo: Expresso Popular, 2007.
- COSTA, R. K. de S.; MIRANDA, F. A. N. Sistema Único de Saúde e da família na formação acadêmica do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, nº 2, Brasília, mar./abr., 2009.
- COTTA, R. M. M. et al. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des) informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-438, 2009. Trimestral.

CUNHA, E. S. M. A efetividade deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde e da Criança e do Adolescente no Nordeste. In: AVRITZER, L. (org.). **A participação social no Nordeste**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

CUNHA, E. S. M.; PINHEIRO, M. M. B. Conselhos nacionais: condicionantes políticos e efetividade social. In: AVRITZER, L. (org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009.

DAGNINO, E. Sociedade civil, participação e estamos falando? In: MATO, D. (org.). **Políticas de ciudadanía y cidadania: de que sociedad civil en tiempos de globalizacion**. Caracas: FACES: Universidad de Venezuela, 2004.

\_\_\_\_\_. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DAGNINO, E. et al. Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: DAGNINO E. (org.). **A disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

DAL POZ, M. R.; VIANA, A. L. d'A. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis. Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225- 264, 2005. Suplemento.

DAL POZ, M. R.; LIMA, J. C. de S.; PERAZZI, S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2. p. 621-639, abr.-jun. 2012.

DEGENSZAJN, R. R. Democratizar a gestão das políticas sociais. Um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA A. E. et al. (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Articulação entre os conselhos de políticas públicas uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. **Cadernos ABONG**, São Paulo, v. 1, p. 55-59, 2005.

DELGADO, G. et al. **Políticas públicas, desenvolvimento territorial e atores sociais no meio rural brasileiro..** Rio de Janeiro: Observatório de Políticas Públicas para a Agricultura OPPA: CPDA: UFRRJ-IICA: Fórum DRS, 2008. (Relatório de Pesquisa).

DELGADO, G. A questão agrária no Brasil, 1950-2003. In: JACCOUD, L. (ed.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília, DF: IPEA, 2005.

DELGADO, N. G. **Papel e lugar do rural no desenvolvimento nacional**. Brasília, DF: MDA: CONDRAF: IICA, 2009.

DELGADO, N. et al. A luta por participação e controle social em um Conselho Municipal de Saúde. In: ROMERO, J. (org.) **Olhar crítico sobre participação e cidadania**: a construção de uma governança democrática e participativa a partir do local. São Paulo: Expressão Popular: ActionAid Brasil, 2007.

ESCOREL, S. Conselhos de Saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. *Divulgação em Saúde para Debate*. **Democracia, Conselhos de Saúde e Participação Social**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 23-28, jun. 2008.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, maio-jun. 2009.

FARIA, C. A. P. A Política de avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-110, out. 2005.

FARIA, C. F. Sobre os determinantes das políticas participativas: a estrutura normativa e o desenho institucional dos Conselhos Municipais da Saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente no Nordeste. In: AVRITZER, L. (org.). **A participação social no Nordeste**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

FARIA, C. F.; RIBEIRO, U. C. Entre o legal e o real: o que dizem as variáveis institucionais sobre os conselhos municipais de políticas públicas? In: AVRITZER, L. (org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

FELTRAN, G. de S. Deslocamento: trajetórias individuais, relações entre sociedade civil e Estado no Brasil. In: DAGNINO, Evelina; OLVERA, A. J.; PANFICHI, A. (org.) **A disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FERNANDES, J. D. et al. Aderência de cursos de graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 82-89, jan.-mar., 2013.

\_\_\_\_\_. Diretrizes Curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 443-449, dez. 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 24-27, 2003. Anual.

FLEURY, S.; MONTEIRO, M. G. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 219-233, maio-dez. 2006.

FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLIGSTEIN, N. O mercado enquanto política uma abordagem político-cultural às instituições de mercado. In MARQUES, R.; PEIXOTO, J. (org.). **A nova Sociologia Econômica**. Portugal: Celta Editora, 2003.

FILHO, J. J. de C. Política agrária do governo FHC. In: LEITE, S. (org.) **Políticas públicas e agricultura no Brasil**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2001.

FINKLER, M. **Formação ética na graduação em odontologia: realidade e desafios**. 2009. Tese (Doutorado em Odontologia)– Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

FRANÇA, T.; VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Evolução da oferta de profissionais médicos e enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a formação. In: BARROS, A. F. R. (org.). **Observatório de recursos humanos em Saúde**. Estudos e Análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. v. 1.

FREITAG, B. **Escola, Estado e sociedade**. 6. ed. São Paulo: Moraes, 1986.

FREY, K. Capital social, comunidade e democracia. Ensaio bibliográfico. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v.1, n. 2, p. 175-187, 2003.

FONSECA, C. M. O.; REIS, J. R. F.; PONTE, C. F. Saúde Pública e Medicina Previdenciária: complementares ou excludentes? In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (org.). **Na corda bamba de sobrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC: Fiocruz/EPSJV, 2010.

FOUCAULT, M. Soberania e disciplina. Curso do Collège de France, 14 de janeiro de 1976. In: \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FURTADO, C. **Em busca de novo modelo**: reflexões sobre a crise contemporânea. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FUKS, M. Participação política em conselhos gestores de políticas sociais do Paraná. In: PERISSINOTTO, R. M.; FUKS, M. (org.). **Democracia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba: Fundação Araucária, 2002.

\_\_\_\_\_. Contexto, regras e efetividade deliberativa: considerações a respeito dos conselhos de Curitiba. In: AVRITZER, L. (org.). **A participação social no Nordeste**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

GERSCHMAN, S.; BISPO JÚNIOR, J. P. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-16, jan. 2013.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, nov.-dez. 2004.

GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa-tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio-jun. 1995.

GOHN, M. da G. **Teorias dos Movimentos Sociais-paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

\_\_\_\_\_. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2003.

HABERMAS, J. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. Rio Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. v. 2.

HOLANDA, S. B. de. **Raízes do Brasil**. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatística da Saúde**. Assistência Médico-Sanitária. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/default.shtm)>. Acesso em: 10 ago. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa da População, 14 de agosto de 2009**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 25 maio 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados do censo demográfico 2010**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/cidadesat](http://www.ibge.gov.br/cidadesat)>. Acesso em: 30 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. **Dados de ensino e rede escolar** - 2012. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/cidadesat](http://www.ibge.gov.br/cidadesat)>. Acesso em: 5 jul. 2013.

ILHÉUS (BAHIA). Prefeitura Municipal. **Lei Ordinária n.º 3.274, de 02 de janeiro de 2007**. Altera o artigo 5º nos incisos ii, iii e iv da Lei n.º 2.512, de 30 de maio de 1994. Ilhéus: Leis Municipais, 2007. Disponível em: <<https://www.leismunicipais.com.br/a/ba/i/ilheus/lei-ordinaria/2007/327/3274/lei-ordinaria-n-3274-2007-altera-o-artigo-5-nos-incisos-ii-iii-e-iv-da-lei-n-2512-de-30-de-maio-de-1994-2007-01-12.html>>. Acesso em: set. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 2.512 de 30 de maio de 1994. Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. **Jornal Oficial**, ano LXII, n. 3.850, 30 maio 1994. Poder Executivo, p. 1.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 2.523 de 22 de novembro de 1994. Altera dispositivos da Lei n.º 2512 de 30.05.94 (Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências). **Jornal Oficial**, ano LXII, n. 3.612, 30 nov. 1994. Poder Executivo, p. 1.

\_\_\_\_\_. **Lei Ordinária n.º 2.897, de 22 de fevereiro de 2001**. Altera dispositivo da Lei n.º 2.512, de 22 de novembro de 1994, alterada pela Lei n.º 2.523, de 22 de novembro de 1994. Disponível em: <<https://www.leismunicipais.com.br/a/ba/i/ilheus/lei-ordinaria/2001/290/2897/lei-ordinaria-n-2897-2001-altera-dispositivo-da-lei-n-2512-de-22-de-novembro-de-1994-alterada-pela-lei-n-2523-de-22-de-novembro-de-1994>>. Acesso em: abr. 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei Ordinária n.º 3.275, de 2 de janeiro de 2007**. Altera o Artigo 1º nos incisos i, ii e iii da lei n.º 2.523, de 22 de novembro de 1994. Disponível em: <<https://www.leismunicipais.com.br/a/ba/i/ilheus/lei-ordinaria/2007/328/3275/lei-ordinaria-n-3275-2007-altera-o-artigo-1-nos-incisos-i-ii-e-iii-da-lei-n-2523-de-22-de-novembro-de-1994>>. Acesso em: abr. 2012.

\_\_\_\_\_. Lei Ordinária n.º 3.276, de 2 de janeiro de 2007. Altera o artigo 1º no inciso, da Lei n.º 2.897 de 22 de fevereiro de 2001. **Informativo Oficial [...] da Bahia** – Município de Ilhéus, ano LXV, n.º 4.218, 15 jan. 2007, p. 03.

ILHÉUS (BAHIA). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Ilhéus-BA, período 2002-2005**. Ilhéus: Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Relatório Municipal de Saúde de Ilhéus-BA de 2007**. Ilhéus: Secretaria Municipal de Saúde 2007.

\_\_\_\_\_. **Relatório Municipal de Saúde de Ilhéus-BA de 2009**. Ilhéus: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde de Ilhéus-BA período 2010-2013**. Ilhéus: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ILHÉUS. **Resolução do n.º 002, de 13 de janeiro de 2009**.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.º 003, de 13 de janeiro de 2009**.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.º 004, de 10 de fevereiro de 2009**.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.º 005, de 10 de fevereiro de 2009**.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.º 006, de 10 de fevereiro de 2009**.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.º 009, de 30 de março de 2009**.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.º 015, de 15 de outubro de 2010**.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.º 016, de 15 de outubro de 2010**.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.º 020, de 22 de março de 2011**.

\_\_\_\_\_. **Relatório da Comissão de Análise dos Processos de Licitação e dos Demonstrativos Financeiros da Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus-Bahia**. Ilhéus: Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Universidade e compromisso social**: Brasília, 25 e 26 de agosto de 2005. Brasília, DF: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. v. 4. (Coleção Educacional Superior em Debate).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Evolução do Ensino Superior**: 1980-1998. Brasília, DF: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Educação Superior no Brasil** – 10 anos pós-LDB. Brasília, DF: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2008.

\_\_\_\_\_. **Universidade e mundo do trabalho**: Brasília, 19 e 20 de dezembro de 2005. Brasília, DF: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. v. 3 (Coleção Educacional Superior em Debate).

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Pnad 2007**: Primeiras Análises. Pobreza e mudança social. Brasília, DF: IPEA, 2008. v. 1. (Comunicado da Presidência, 9.).

\_\_\_\_\_. **Brasil**: o estado de uma nação. Estado, crescimento e desenvolvimento: a eficiência do setor público no Brasil, 2007. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 21 de mar. 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **A Educação no Brasil na década de 90: 1991-2000**. Brasília, DF: Inep, 2003.

\_\_\_\_\_. **Sinopse Estatística de Educação Superior Graduação**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br>>. Acesso em: 17 de set. 2013.

JACCOUD, L. et al. Políticas sociais no Brasil: participação social, Conselhos e parcerias. In: \_\_\_\_\_. (org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília, DF: Ipea, 2005.

JARA, F. H. de La. A institucionalização da participação cidadã: análise dos marcos legais da participação na América Latina. In: DAGNINO, E.; OLVERA, A. J.; PANFICHI, A. (org.). **A disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde**, Mangueinhos, v. 8, nº 1. Rio de Janeiro, mar./jun., 2001.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et al. (org.). **Saúde e democracia**: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LABRA, M.<sup>a</sup> E.; FIGUEIREDO, J. St. A. de. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LAMBERTUCCI, A. R. A participação social no governo Lula. In: AVRITZER L. (org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009.

LAKATOS, M.; MARCONI, A. M. **Metodologia do trabalho científico**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LIMA, J. C. F. Neoliberalismo e formação profissional em Saúde. **Trabalho Necessário** (Online), [Rio de Janeiro], ano 5, v. 5, p. 1-16, 2007.

LONG, N.; LONG, A. **Battlefields of knowledge**: the interlocking of theory and practice in social research and development. London: Routledge, 1992.

LONG, N.; VILLAREAL, M. Las interfases del desarrollo: de la transferencia de conocimiento a la transformación de significados. In: SCHUURMAN, F. J. **Beyond the impasse**: new directions in development theory. London: Zed Books, 1993.

LUCHMANN, L. H. H. A democracia deliberativa: sociedade civil, esfera pública e institucionalidade. **Cadernos de Pesquisa**, [Florianópolis], v. 3, n. 32, p. 29-40, nov. 2002.

MACHADO, L. P. Alcance e limites das Teorias da Modernização. **Revista Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 169-192, jul.-set. 1970.

MACHADO, M. H.; WERMELINGUER, M.; AMÂNCIO FILHO, A. Políticas de educação profissional: referências e perspectivas. **Ensaio**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 55, p. 202-222, abr.-jun. 2007.

MALUF, R. S. **Segurança alimentar e nutricional**. Petrópolis: Vozes, 2007.

\_\_\_\_\_. Atribuindo sentido(s) ao desenvolvimento econômico. **Estudos, Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, n.15, p. 53-86, 2000.

MARTIN, G. B.; CARVALHO, B. G.; CORDONI JÚNIOR, L. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L.(org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.

MARQUES, R. Os trilhos da Nova Sociologia Econômica. In: MARQUES, R.; PEIXOTO, J. (Org.). **A Nova Sociologia Econômica**. Portugal: Celta Editora, 2003.

MASCARENHAS, S. H. Z. et al. Relato de experiência de São Carlos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 142-148, jan.-mar. 2012. Suplemento 1.

MESQUITA, E. C. Participação, atores políticos e transformação institucional no Ceará. In: AVRITZER, L. (org.). **A participação social no Nordeste**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

MILANI, C. R. S. Participação social e ação pública local na Bahia. In: AVRITZER L. (org.). **A participação social no Nordeste**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Temas livres. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2133-2144, dez. 2008. Suplemento 2.

MOREIRA, M. R. et al. A democratização nos Conselhos de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 205-218, maio-dez. 2006.

MORITA, I. et al. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n.1, p. 49-57, jan.-abr. 2006.

MORONI, J. A. O direito à participação no governo Lula. In: AVRITZER, L. (org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009.

MOTA, A. Fissuras na estrutura do mandonismo. Transformações recentes e ampliação do escopo democrático na Bahia. In: AVRITZER, L. **A participação social no Nordeste**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

MOTTA, L. B. da; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em Saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, mar.-abr. 2007.

MUSSOI, E. M. Extensão Rural: uma contribuição ao seu repensar. **Revista do Centro de Ciências Rurais**, Santa Maria, v. 15, n. 1, p. 37-50, 1985.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites crítico das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: BARROS, A. F. do R.; SANTANA, J. P. de; SANTOS NETO, P. M. dos (org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. v. 2.

OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. F. (IM) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1986.

OLVERA, A. J. Sociedade civil e governabilidade no México. In: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M<sup>a</sup> Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003a.

\_\_\_\_\_. Modelo de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003b.

\_\_\_\_\_. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PASSOS, E. Ética na pesquisa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 7, n.112, p. 105-114, abr.-out. 1994.

PEREIRA, S. M. et al. Extensão Universitária e trabalho voluntário na formação do acadêmico em odontologia. **Arquivo Odontologia**, Belo Horizonte, v. 47, n. 2, p. 95-103, abr.-jun. 2011.

PERISSINOTTO, R. M.; FUKS, M. (org.). **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Fundação Araucária, 2002.

PINHEIRO, R.; OLIVEIRA, L. C. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciências &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, ago. 2010.

PIVETTA, H. M. F.; BACKES, D. S.; CARPES, A.; BATTISTEL, A. L. H. T.; MACHORI, M. Ensino, pesquisa e extensão universitária: em busca de uma integração efetiva. **Linhas Críticas**, Brasília, DF, v. 16, n. 31, p. 377-390, jul.-dez, 2010.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Desenvolvimento Humano e IDH**. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. [S.l., 2010]. Disponível em: <www.pnud.org.br/idh/>. Acesso em 7 de ago. 2010.

PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC/EPSJV, 2010.

PUTNAM, R. D. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora FVG, 2007.

RAUD-MATTEDI, C. A construção social do mercado em Durkheim e Weber: análise do papel das instituições na sociologia econômica clássica. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 57, p. 127-142, fev. 2005.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de Saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 81-92, jan.-mar. 1997.

RIBEIRO, U. C. Saúde é assunto para as mulheres: um estudo sobre a dinâmica participativa de Conselhos Municipais de Saúde do Brasil. In: AVRITZER, L. (org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

RODRIGUES NETO, E. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: \_\_\_\_\_. **BRASIL Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília, DF: IEC, 1994.

ROMANO, J. O. O empoderamento recuperando a questão do poder no combate à pobreza. In: ROMANO, J. O. ANTUNES, M. (org.). **Empoderamento e direitos no combate**. Rio de Janeiro: ActionAid, 2003.

SABOURIN, E. Renovação dos instrumentos de desenvolvimento e extensão rural: reflexão sobre métodos e políticas públicas. BOTELHO FILHO, F. B. **Estudos Rurais II**. Brasília DF: UnB: Ceam: Neagri, 2007. (Ano 7, n. 29).

SANTANA, J. E. **Democracia e cidadania: o referendo como instrumento de participação política**. Belo Horizonte: Del Rey, 1995.

SANTOS, N. R. dos. Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan.-abr. 2009.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Indicadores demográficos sociais e de saúde**: dados por municípios, 2006. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia: Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde: Diretoria de Informação em Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. **Indicadores demográficos sociais e de saúde**: dados por municípios, 2007. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia: Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde: Diretoria de Informação em Saúde, 2008

\_\_\_\_\_. **Mobiliza SUS**: manual mobiliza SUS, educação permanente para controle social e gestão democrática e participativa do SUS-BA. Salvador: Sesab, 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 125**, de 24 de janeiro de 2011. Define as terminologias, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória, em todo o território do Estado da Bahia, e estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Salvador, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/ciave/PDF/Portaria125\\_%2024\\_01\\_2011.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/ciave/PDF/Portaria125_%2024_01_2011.pdf)>. Acesso em: maio 2013.

\_\_\_\_\_. Superintendência de Estudos Econômicos da Bahia. Secretaria de Planejamento e Tecnologia. **Estatísticas dos municípios baianos**. Salvador: SEI, 2009. v. 2.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Conselhos de Saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 105-121, 2008. Trimestral.

SOARES, N. T., AGUIAR, A. C. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 5, p. 895-905, set.-out. 2010.

SOLLA, J. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS**. Avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008. São Paulo: HUCITEC, 2010.

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

TATAGIBA, L. Os Conselhos Gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TATAGIBA, L. Conselhos Gestores de Políticas Públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 25, p. 65-78 nov. 2005.

TEIXEIRA, A. C. C. Os fóruns temáticos da sociedade civil. Um estudo sobre o Fórum Nacional de Reforma Urbana. In: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TEIXEIRA, E. C. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Recife: EQUIP; Salvador: UFBA, 2001.

THOMPSON, P. R. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TURINI, B. et al. Controle social em saúde. In: ANDRADE, S. M. (org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.

VALE, G. M<sup>a</sup> V. **Laços como ativos territoriais: análise das aglomerações produtivas na perspectiva do capital social**. Lavras: UFLA, 2006.

VINHA, V. da. Polanyi e a nova Sociologia Econômica: uma aplicação contemporânea do conceito de enraizamento social. **Econômica**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 207-230, dez. 2001.

VINHAES, J. C. **São Jorge dos Ilhéus: da capitania ao fim do século XX**. Ilhéus: Editus, 2001.

YIN, R. K. **Estudo de caso, planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

# ANEXOS

---

## ANEXO A

### UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP/UESC

Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC CNPJ: 40738999/0001-95 Campus Prof. Soane Nazaré de Andrade, Km 16 – Rodovia Ilhéus/Itabuna - CEP: 45.662-000. Ilhéus – Bahia – Brasil  
Comitê de Ética em Pesquisa - Telefax: (73) 3680-5319 cep\_uesc@yahoo.com.br

#### PARECER CONSUBSTANCIADO nº 702

- Reunião Extraordinária n. E-42, 23/novembro/2011 -

Protocolo: 467/2011

Pesquisadora responsável: MEIRE NÚBIA SANTOS DE SANTANA

Título da Pesquisa: *“Controle Social na Política de Saúde de Ilhéus-BA: a experiência do conselho municipal de Saúde no período de 2000 a 2010.”*

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz analisou o projeto de pesquisa acima referenciado e constatou que o mesmo atende às exigências da Resolução CNS/MS n.196/1996.

Situação do Protocolo: Considerando a relação favorável ‘benefícios/risco’, e não havendo, pois, nenhum elemento que se constitua em comprometimento ético na realização do projeto, ele foi considerado APROVADO por este Comitê.

Conforme a Resolução CNS/MS n. 196/1996, relatórios parciais e final, bem como eventuais alterações metodológicas durante a execução do trabalho deverão ser comunicadas e enviadas ao CEP-UESC para acompanhamento. *É importante ressaltar que a responsabilidade do(s) pesquisador(es) sobre as conseqüências da pesquisa não se encerra com a conclusão da etapa de coleta de dados, mas sim estende-se para além do término do projeto de pesquisa, até a fase de divulgação e aplicação dos resultados*

Ilhéus-BA, Campus Soane Nazaré de Andrade, 23 de novembro de 2011.

## **ANEXO B**

### *DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE*

Declaro que a pesquisa intitulada “Controle Social na Política de Saúde de Ilhéus-BA: A Experiência do Conselho Municipal de Saúde no período de 2000 a 2010”, sob minha responsabilidade, apenas terá início à coleta de dados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UESC, estando ainda condicionado o seu início à aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, caso se trate de projeto de Área Temática Especial, Grupo I.

Ilhéus, 29 de agosto de 2011.

---

Meire Núbia Santos de Santana

# ANEXO C

## CARTA DE ENCAMINHAMENTO

Ilhéus, 29 de agosto de 2011.

Ao  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Universidade Estadual de Santa Cruz

Encaminho projeto de pesquisa intitulado “Controle Social na Política de Saúde de Ilhéus-BA: A Experiência do Conselho Municipal de Saúde no período de 2000 a 2010,” sob minha responsabilidade, para análise e parecer deste Comitê de Ética.

Declaro estar ciente de que todo o protocolo de pesquisa se encontra de acordo com a Resolução CNS 196/96.

No aguardo de manifestações, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

Meire Núbia Santos de Santana

## ANEXO D

Composição do CMSI definido na Lei nº 2.512 de 30 de maio de 1994

### I do Governo Municipal

- a) representante da Secretaria da Saúde;
- b) representante da Secretaria de Finanças;
- c) representante da Secretaria de Educação;
- d) representante do órgão estadual de saneamento;
- e) representante de órgão estadual de meio ambiente.

### II dos Prestadores de serviços públicos e privado

- a) representante do SUS no âmbito estadual ou federal existentes no Município;
- b) representante dos prestadores contratados pelo SUS;
- c) representantes dos prestadores filantrópicos contratados pelo SUS.

### III dos Trabalhadores do SUS

- a) representante das entidades de trabalhadores do SUS.

### IV dos centros de formação de recursos humanos para a saúde

- a) representante da universidade sediada no Município.

### V dos usuários

- a) representantes das entidades ou associações comunitárias;
- b) representantes dos sindicatos e entidades patronais;
- c) representantes dos sindicatos e entidades de trabalhadores;
- d) representantes das associações de portadores de deficiências e patologias.

### VI do Poder Legislativo:

- a) representante do poder Legislativo indicado pelo plenário da Câmara Municipal de Ilhéus.

## ANEXO E

Composição do CMSI definido na Lei nº 2.523 de 22 de novembro de 1994

### I Representante do governo

- 01 representante da Secretaria da Saúde do Estado;
- 02 representantes da Secretaria da Saúde Municipal.

### II Representante dos profissionais de Saúde

- 02 representantes dos trabalhadores da área da saúde.

### III Representantes dos prestadores de serviço

- 02 representantes de entidades filantrópicas;
- 02 representantes de entidades não filantrópicas.

### III Representantes dos Usuários

- 02 representantes de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais;
- 02 representantes de movimentos comunitários organizados na área da saúde;
- 02 representantes de conselhos comunitários, associações de moradores ou moradores ou entidades equivalentes;
- 01 representante de associações de portadores de deficiências;
- 01 representante de associações de portadores de patologias;
- 01 representante de entidade de defesa do consumidor.

# APÊNDICES

---

# APÊNDICE A

## Formulário A - Roteiro de entrevista

1. Sexo ( )
2. Idade: _____ ( em anos completos)
3. Cor/raça: ( )
4. Escolaridade: ( )
5. Formação em saúde: ( )
6. Ocupação: ( )
7. Local da ocupação: ( )
8. Utilização do SUS: ( )
9. Qual (is) serviço(s) ?
10. Portador de plano de saúde: ( )
11. Segmento que representa no conselho: ( )
12. Há quanto tempo é conselheiro de saúde ?
13. Mencione sua inserção como ator público em outros movimentos sociais:
14. Cite os principais problemas de saúde:
15. Quais as causas dos problemas referidos:
16. Os efeitos e as repercussões:
17. Cite os documentos de sustentação legal e jurídica do Sistema Único de Saúde:
18. Conhece os instrumentos de gestão da saúde? ( )
19. Relate as atribuições do Conselho Municipal de Saúde:
20. Os instrumentos de gestão (plano, relatório e agenda) são elaborados e aprovados no Conselho? ( )
21. Relate sobre sua atuação como interlocutor de suas bases:
22. Quais as demandas do segmento que você trouxe para o conselho?
23. Recebeu alguma capacitação sobre controle social na condição de conselheiro? ( )
24. Tem conhecimento da produção dos serviços de saúde, das metas pactuadas e dos indicadores alcançados? ( )
25. As decisões tomadas pelo conselho são homologadas pelo prefeito? ( )
26. Os assuntos deliberados no conselho são executados pelo gestor da saúde? Exemplifique.
27. O CMS tem feito interlocução com órgãos de controle externo (tais como Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, polícia federal, entre outros)? ( )
28. Se sim, quais os motivos para estabelecer parceria como os referidos órgãos de controle externo?
29. Existem processos encaminhados aos órgãos de controle externo?
30. Se positivo, cite os assuntos dos referidos processos:

## APÊNDICE B

### Livro de códigos

1. Masculino 1 feminino 2 Ignorado 3
2. Idade: _____ ( em anos completos)
3. Negra 1 branca 2 indígena 3 amarela 4
4. Ensino fundamental incompleto 1 ensino fundamental completo 2 ensino médio incompleto 3 ensino médio completo 4 ensino superior incompleto 5 ensino superior completo 6 pós graduação latu sensu 7 mestrado 8 doutorado 9
5. Sim 1 Não 2
6. Empregado 1 autônomo 2 aposentado 3 desempregado 4 outros 5
7. Zona urbana 1 Zona rural 2
8. Sim 1 Não 2
9. Descritivo
10. Sim 1 Não 2
11. Gestão 1 Prestador 2 Trabalhador 3 Usuário 4
12. Descritivo
13. Descritivo
Descritivo
15. Descritivo
16. Constituição Federal 1 Lei 8.80/90 2 Lei 8142/90 3 NOB e NOAS 4 Todos 5
17. Sim 1 Não 2
Descritivo
19. Sim 1 Não 2
Descritivo
Descritivo
Sim 1 Não 2
23. Sim 1 Não 2
24. Sim 1 Não 2
25. Descritivo
26. Sim 1 Não 2
27. Sim 1 Não 2
28. Descritivo
29. Sim 1 Não 2
30. Descritivo

## APÊNDICE C

### Formulário B

1. Data da reunião: \_\_\_\_\_
2. Tipo de reunião: \_\_\_\_\_ordinária \_\_\_\_\_extraordinária
3. Forma de convocação: \_\_\_\_\_edital de convocação \_\_\_\_\_meios de comunicação \_\_\_\_\_ofícios \_\_\_\_\_internet
4. Número de participantes: \_\_\_\_\_prestadores \_\_\_\_\_trabalhadores \_\_\_\_\_usuários
5. Obedeceu à paridade: \_\_\_\_\_sim \_\_\_\_\_não
6. Pauta: \_\_\_\_\_
7. Definição da pauta: \_\_\_\_\_mesa diretora \_\_\_\_\_plenária
8. Vocalização por segmento: \_\_\_\_\_prestador \_\_\_\_\_trabalhadores \_\_\_\_\_usuários
9. Deliberação \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Temas das deliberações: \_\_\_\_\_Participação na elaboração do plano municipal de saúde \_\_\_\_\_aprovação do plano municipal de saúde \_\_\_\_\_programação das ações \_\_\_\_\_financiamento \_\_\_\_\_recursos humanos \_\_\_\_\_rede física \_\_\_\_\_produção de serviço \_\_\_\_\_organização da assistência \_\_\_\_\_articulação do conselho com o Ministério Público \_\_\_\_\_aprovação do relatório de gestão \_\_\_\_\_aprovação das contas dos recursos financeiros \_\_\_\_\_organização interna