

ADRIANA APARECIDA BATISTA

**AVALIAÇÃO DE PROCESSO: O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE PONTE NOVA – MG**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa, como
parte das exigências do Programa de
Pós-Graduação em Extensão Rural, para
obtenção do título de “Magister
Scientiae”.

VIÇOSA
MINAS GERAIS - BRASIL
2006

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

B333a
2006

Batista, Adriana Aparecida, 1969-

Avaliação de processo : o conselho municipal de saúde
de Ponte Nova - MG / Adriana Aparecida Batista.
– Viçosa : UFV, 2006.
xiii, 77f. : il. ; 29cm.

Orientador: José Norberto Muniz.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Viçosa.
Referências bibliográficas: f. 73-77.

1. Pesquisa de avaliação (Programas de ação social).
2. Conselho Municipal de Saúde (Ponte Nova, MG) -
Avaliação. 3. Controle social. 4. Saúde pública -
Avaliação. 5. Políticas de saúde - Participação de cidadão.
I. Universidade Federal de Viçosa. II. Título.

CDD 22.ed. 361.2

ADRIANA APARECIDA BATISTA

**AVALIAÇÃO DE PROCESSO: O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE PONTE NOVA - MG**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa, como
parte das exigências do Programa de
Pós-Graduação em Extensão Rural, para
obtenção do título de “Magister
Scientiae”.

APROVADA: 30 de junho de 2006.

José Horta Valadares

Carlos Antônio Moreira Leite

José Ambrósio Ferreira Neto
(Co-orientador)

Rosângela Minardi Mitre Cotta
(Co-orientadora)

José Norberto Muniz
(Orientador)

A coragem e garra para insistir sempre.
À Deus por não me desamparar jamais.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos a todos que de alguma forma fizeram parte de mais essa realização.

À Universidade Federal de Viçosa (UFV) e ao Departamento de Economia Rural e todos os seus funcionários e amigos pela oportunidade de aperfeiçoamento.

Ao professor José Norberto Muniz pela compreensão, pela paciência, pelos ensinamentos e pelo rigor que nos ajuda crescer.

Aos professores José Ambrósio Ferreira Neto e Rosangela Minardi Mitre Cotta, pelas orientações, pelo apoio e pela amizade.

Aos colegas do mestrado, Cyntia, Luciana, Daniela.

À Secretaria Municipal de Saúde de Ponte Nova, pela acolhida e pela boa vontade com que prestaram as informações necessárias ao desenvolvimento da pesquisa.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova, pela oportunidade de concretização de um sonho e por acreditarem na proposta.

Ao meu filho João Pedro, meu sobrinho Matheus e meu marido Sérgio, por compreenderem as ausências, pelo carinho e admiração. Aos meus pais. Ao meu avô, Jorge (*in memoriam*).

As minhas companheiras Priscilla e Liliane, aos queridos clientes por compartilharem as lutas do dia-a-dia, as conquistas e os prazeres.

ÍNDICE

	Página
LISTA DE QUADROS.....	vi
LISTA DE MAPAS.....	vii
LISTA DE TABELAS.....	viii
LISTA DE GRÁFICOS.....	ix
RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. O sistema único de saúde como política.....	4
2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	9
3. OBJETIVOS.....	12
4. REFERENCIAL CONCEITUAL.....	14
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	21
6. A IMPLEMENTAÇÃO PELA PARTICIPAÇÃO DOS MEMBROS	26

DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTE NOVA – MG.....	
6.1. <i>Composição</i>	27
6.1.2. <i>Identificação dos componentes</i>	27
6.2. <i>Caracterização da participação no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova – MG</i>	36
7. ESTRUTURA DOS PROGRAMAS E PROJETOS IMPLANTADOS NO MUNICÍPIO DE PONTE NOVA – MG.....	59
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Membros dos representantes dos gestores no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova – MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005.....	29
Quadro 2 - Membros dos representantes dos prestadores de serviços no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova – MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005	29
Quadro 3 - Membros dos representantes dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova – MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005.....	30
Quadro 4 - Instituições que participam do processo eleitoral na categoria dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova – MG.....	33
Quadro 5 - Representantes no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005	35
Quadro 6 - Descrição dos programas e projetos implantados no município de Ponte Nova - MG, conforme plano de ação municipal, no período de julho de 2003 a junho de 2005.....	60

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Mapa da localização geográfica de Ponte Nova – MG.....22

Mapa 2 - Divisão geográfica das zonas sanitárias rurais de Ponte Nova – MG..31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência da participação dos membros no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005.....	36
Tabela 2 - Participantes na plenária do Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova – MG, no período de julho de 2003 a junho e 2005.....	37
Tabela 3 - Conteúdo das participações dos representantes do Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, por indicador, no período de julho de 2003 a junho de 2005.....	39
Tabela 4 - Indicadores de participação dos membros, por categoria, no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005.....	48
Tabela 5 - Frequência de discussão dos programas e projetos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005.....	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual dos indicadores de participação dos representantes dos gestores no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005.....	50
Gráfico 2 - Percentual dos indicadores de participação dos representantes trabalhadores da saúde no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005.....	51
Gráfico 3 - Percentual dos indicadores de participação dos representantes prestadores de serviços no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005.....	52
Gráfico 4 - Percentual dos indicadores de participação dos representantes usuários no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005.....	53

RESUMO

BATISTA, Adriana Aparecida, M.S., Universidade Federal de Viçosa. Junho de 2006. **Avaliação de processo: o conselho municipal de saúde de Ponte Nova - MG.** Orientador: José Norberto Muniz. Co-orientadores: José Ambrósio Ferreira Neto e Rosângela Minardi Mitre Cotta.

Nesta pesquisa é introduzida a avaliação de processo como estratégia de investigação para avaliar o Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova – MG. Essa estratégia está vinculada aos pressupostos teóricos da pesquisa de avaliação. Para isso, contextualizaram-se as políticas aplicadas ao campo da saúde pública a partir da década de 1970, por meio de dois eixos complementares: a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, que criam e regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS). Para obter as informações necessárias à análise, tornou-se importante a identificação de indicadores que explicitassem as várias formas de participação dos membros de todas as categorias no Conselho, sendo elas governo, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e usuários. Com esse objetivo, foram analisadas as atas das reuniões do Conselho, no período que compreende julho de 2003 a junho de 2005. Dentre os resultados obtidos nesta pesquisa, destacam-se as formas de participação dos membros do Conselho, identificadas a partir de indicadores como: esclarecimentos, propostas, sugestões, medidas, indagações, apresentação de

resultados, avisos, reclamações, deliberações, denúncias e comentários. Cada um desses indicadores foi analisado com relação às categorias representadas no Conselho: governo, trabalhadores na saúde, prestadores de serviços e usuários. Essa análise revelou as formas de participação dos conselheiros nas reuniões, ou seja, a maneira com que cada categoria atua nesse espaço democrático.

ABSTRACT

BATISTA, Adriana Aparecida, M.S., Universidade Federal de Viçosa, June 2006. **Process evaluation: health town councillor of Ponte Nova-MG.** Adviser: José Norberto Muniz. Co-advisers: José Ambrósio Ferreira Neto and Rosângela Minardi Mitre Cotta.

In this research a process evaluation is introduced as a strategy of investigation to evaluate the Health Town Councillor of Ponte Nova-MG. This strategy is linked to the theoretical statements of the evaluation research. It was contextualized the policies applied to the public health field from the 1970s through two complementary axis: the Federal Constitution of 1988 and the Health Organic Laws, 8.080 and 8.142 from 1990, which create and regulate the Sistema Único de Saúde (SUS). In order to obtain the necessary information to the analysis, it is important to identify the indicators which explain the several forms of participation of the members of all categories in the councillor: government, health workers, professionals and users. With this proposal, the minutes of the meetings of the councillor were analysed from July 2003 to June 2005. Among the results obtained in the research, we can point out the forms of participation of the members of the councillor, identified through

indicators like clearances, proposals, suggestions, measures, questions, presentation of results, notices, complaints, deliberations, indictments and comments. Each of these indicators were analysed in relation to the categories represented in the councillor: government, health workers, professionals and users. This analysis revealed the forms of participation of the counselors in the meetings, that is, the way each category acts in this democratic institution.

1. INTRODUÇÃO

Nos anos 70 e 80, o movimento municipalista da saúde designado de Movimento da Reforma Sanitária propunha a implantação de um sistema unificado e pactuado com os usuários através de seus representantes, associando idéias de descentralização, participação social e maior eficiência da gestão local. Profissionais da saúde e representantes do sindicalismo e da sociedade (movimentos populares) foram parte importante desse movimento social pela saúde (AROUCA, 2003).

Na área da saúde no Brasil, as políticas orientadas para a descentralização compreenderam três fases distintas. A primeira delas aconteceu no final do regime militar, num contexto marcado pela recessão da economia, através da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1983, buscando aumentar a contenção dos custos da assistência médica sob a responsabilidade da previdência social. Para esse fim criaram-se as instâncias colegiadas, que privilegiaram estados e municípios na programação e execução do orçamento da saúde. O governo procurou também legitimar as AISs, fazendo com que delas participassem entidades representativas da sociedade civil (COSTA, 2002). A proposta das AISs é fortalecida, e esse fortalecimento passa pela valorização das instâncias de gestão colegiada, com a participação de usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Em 1986, é realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com ampla participação de trabalhadores da área da saúde, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. A VIII CNS foi considerada o pilar na formulação das propostas de mudança do setor de saúde, ao incorporar, pela primeira vez na história brasileira, a sociedade civil no âmbito das discussões sobre os rumos da saúde pública no Brasil.

A segunda fase da descentralização refere-se à Nova República, mais precisamente durante o período de funcionamento do Congresso Constituinte, com a criação do Sistema Unificado de Saúde (SUDS) em 1987. O SUDS iria transferir recursos públicos aos estados e municípios que se propusessem a criar conselhos municipais ou estaduais de saúde e elaborassem planos municipais nessa área (Costa *apud* MELO, 1993). Essa segunda fase foi marcada pelo fechamento dos escritórios regionais do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), com transferência das suas atribuições para as Secretarias Estaduais de Saúde.

Alvo de diversas críticas, a descentralização de recursos públicos promovida pelo SUDS encontrou forte oposição. Primeiramente por parte dos grupos médico-empresariais, que se sentiram prejudicados diante da possibilidade de redução dos recursos públicos repassados à saúde. Em segundo lugar, pelos burocratas do INAMPS, que se viram ameaçados de perder poder decisório, já que assumiriam apenas as funções de controle e co-financiamento do sistema. Essa correlação de forças contrárias levou à inviabilização do SUDS: “A trajetória subsequente do SUDS reflete a falta de compromisso e mesmo o boicote dos novos dirigentes à sua implementação” (Costa *apud* MELO, 1993).

Apesar desses fatores que contribuíram para o fracasso do SUDS, em 1988 a promulgação da nova Constituição daria seqüência ao processo de descentralização iniciado pelas AISs e pelo SUDS, transferindo a responsabilidade pública dos cuidados com a saúde para o âmbito dos municípios. A Carta de 1988 estabeleceu um novo modelo de política de saúde no Brasil ao separar as áreas de saúde e de previdência social.

Os artigos 196 a 200 da Constituição Federal sintetizam a terceira fase das políticas orientadas para a descentralização e estabelecem a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é definido pela Constituição como um sistema organizado em rede, constituindo um sistema único com diretrizes dentre as quais se destacam:

- a) **Descentralização** → implica a efetiva municipalização dos serviços de atenção à saúde, o que foi considerado a pedra de toque da Reforma Sanitária. Pode-se definir como a instituição de um comando único no âmbito local, a partir da transferência do *locus* das decisões e dos recursos, antes centralizadas na esfera federal e, ou, estadual, para os municípios. A descentralização e a municipalização da saúde permitiriam a cada município conhecer seus problemas e agir de acordo com suas necessidades. O município passa então a ser o responsável pela implantação e implementação das ações e dos serviços de saúde, o que permite associar a descentralização à municipalização (COTTA et al, 1998).
- b) **Participação da comunidade** → participação ativa da população na formulação e decisões das ações de saúde pública através de mecanismos participativos (os conselhos e as conferências de saúde nas instâncias federal, estadual e municipal) instituídos pelo sistema de saúde, visando assegurar o controle social da política, entendido este como a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade (CORREIA, 2000).

Dessa forma, pretendeu-se nesta pesquisa avaliar o processo de implementação do Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova – MG, a partir dos pressupostos teóricos da pesquisa de avaliação que serão discutidos nos capítulos subseqüentes.

1.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO POLÍTICA

No Brasil, a reforma da política de saúde deve ser compreendida a partir da questão mais ampla da descentralização e democratização do Estado, a qual se inscreve no contexto das reformas sociais a partir do final da década de 1970, período em que se colocou em pauta a questão da participação social na área da saúde (COTTA et al., 1998). Essa participação foi concebida a partir de movimentos sociais, como os de bairros, os de mães e os de moradores; somando-se, ao longo da década, a ações de outros atores sociais presentes nos serviços públicos, na burocracia do Estado, nas universidades e participantes de outros movimentos no setor saúde com o tema: “Saúde um direito de todos e dever de Estado”. Trata-se, portanto, de um movimento que se constituiu em bases populares, expandindo-se através da esfera pública.

A partir da segunda metade da década de 1970, entrou em cena um dos atores fundamentais no processo de universalização do direito à saúde pública: o intitulado *Movimento Sanitarista*. Este movimento, liderado por um grupo de médicos sanitaristas reformistas e vinculados a partidos de oposição ao regime militar, ocorreu juntamente com a rearticulação de setores organizados da sociedade civil contra o regime militar e num contexto político marcado por pressões populares pela democratização do Estado através de movimentos como as grandes greves (1978/79 e 1981/82), eleições diretas para governadores dos Estados, constituição das centrais sindicais, movimentos pelas *Diretas Já*, pela constituinte e pelas eleições diretas para Presidente da República em 1989.

O movimento pela Reforma Sanitária tinha como base de atuação os institutos de pesquisa universitários, principalmente a Fundação Oswaldo Cruz e a revista *Saúde em Debate*, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Este movimento pretendia estabelecer um novo relacionamento entre o setor privado e o governo na área da saúde, retirando a saúde pública da competência do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). A reforma do setor saúde ocorria concomitante às propostas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS), para que se desse maior

atenção à saúde pública, tendo como porta de entrada a atenção primária (Costa *apud* MEDICI, 1995).

A participação social na área da saúde se intensifica na década de 1980 no contexto do Movimento da Reforma Sanitária, inserido num cenário de redemocratização do país, onde a sociedade civil passa a desempenhar seu papel na cena política. O marco histórico desse processo foi a VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, a qual resultou no relatório que se constituiu na referência para a elaboração da Constituição de 1988¹.

Da Constituição Federal se originou o Sistema Único de Saúde (SUS), com as diretrizes: *Universalização* do acesso às ações e serviços de saúde a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda ocupação ou outras características sociais ou pessoais; *Equidade*, tratando desigualmente os desiguais, já que as pessoas têm necessidades diferentes, e investindo mais onde a carência é maior; e *Integralidade*, que pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, considerando as pessoas como um todo que têm diversas necessidades. O importante na Integralidade é a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Dentre essas diretrizes englobam-se princípios organizativos, como a descentralização, entendida em termos gerais como redistribuição de poder e responsabilidades entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal), e a participação da comunidade (BRASIL, 2001).

A partir dessa Constituição, o Estado assume a elaboração de políticas que se concretizam através do planejamento de programas de intervenção, para as quais se encontram várias definições, porém mantendo uma convergência na sua natureza. Dessa forma, política é definida por Weiss (1972) como uma declaração oficialmente aceita de metas ligadas a um grupo de atividades que são planejadas para realizar ações em uma determinada jurisdição. Destacam-se também autores como Owen e Rogers (1999), definindo política como decisões e

¹ A Constituição de 1988 abre perspectivas para apoiar ações no domínio social tanto por dar tratamento privilegiado aos direitos sociais que ela inscreve, quanto por oferecer instrumentos que possibilitam ao cidadão concretizar as experiências de um Estado de justiça social, fundado na dignidade da pessoa humana (COSTA, 1990).

ações que têm as mais amplas ramificações e perspectivas para o futuro, que geralmente requerem mais informação e contemplação e quase sempre envolvem o setor público. Sob a proposição de intervenção planejada, não apenas fundamentada em diretrizes gerais, as decisões devem ser coerentes com as metas que guiam os princípios para uma intervenção; segundo Kahn (et al. Owen; Rogers, 1999), essa vinculação se constitui em uma das características da política que permite a elaboração de um programa.

Por conseguinte, conceitualmente, uma política oferece direções gerais de ação, mas não prescreve um curso para a ação. Portanto, política tende a ser de domínio dos planejadores de nível mega e macro – aqueles no centro das operações de uma organização, por exemplo. Já programas poderiam ser desenvolvidos centralmente, mas com a responsabilidade de concebê-lo de forma estruturada para ser implementado, consolidando-se em uma intervenção planejada, dirigida com o objetivo de realizar mudanças a partir de resultados esperados (OWEN; ROGERS, 1999).

A legislação complementar à Constituição Federal que cria o SUS, Leis 8.080 e 8.142 de 1990, e que consubstancia essa política, institui e regulamenta a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e prevê a implementação de um processo decisório amplo através de dois mecanismos participativos: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, nas três esferas de governo – nacional, estadual e municipal (BRASIL, 1990).

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é um órgão de instância colegiada e tem por finalidade consolidar uma das diretrizes da política do SUS, a participação da comunidade, atuando na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo elementos econômicos e financeiros; ou seja, é a instância que visa assegurar o controle social da política, entendido como o ato de participar da elaboração e implantação das ações de saúde, assim como fiscalizar as ações e o destino dos recursos financeiros nessa área (OLIVEIRA, 2005).

As Conferências de Saúde, por meio de discussões e debates fundamentados no diagnóstico da região em foco, têm por objetivo analisar a

situação da saúde para propor diretrizes para a formulação da política de saúde, principalmente nas questões em torno do financiamento e da alocação de recursos, nos níveis correspondentes (nacional, estadual e municipal). A conferência de saúde acontece a cada quatro anos, com a representação da população em geral, instituições, órgãos governamentais, entidades e movimentos sociais, convocada pelo poder executivo ou conselho de saúde. Apesar de não ter poder deliberativo, como os conselhos, as conferências de saúde têm legitimidade e desempenham um importante papel de divulgadoras de informações sobre a política de saúde entre a sociedade e os trabalhadores da área, obrigando os gestores a escutar as avaliações e reclamações feitas pela população sobre os serviços de saúde (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2005).

Entretanto, entre definir políticas, instituir programas e projetos e a introdução da avaliação dessas intervenções, notam-se, ao mesmo tempo, complementaridades e conflitos. Inicialmente, a complementaridade entre as fases constituintes de uma política decorre da identificação de sua estrutura, permitindo que as intervenções possam ser objetos de avaliação, pois, como admitem Freeman e Bernstein (1975), essas intervenções nem sempre são concebidas para serem avaliadas. Com relação aos conflitos, eles emergem pela forma como tomadores de decisão sobre as intervenções interagem e criam expectativas sobre as proposições apresentadas pelos avaliadores. Portanto, elaborar propostas de avaliação requer, principalmente, a contextualização do objeto a ser avaliado e, posteriormente, a redução de conflitos na esfera administrativa da atividade avaliativa, conforme propõe Weiss (1972).

Se um programa foi ou está sendo implementado, alguns dos conflitos podem ser reduzidos, especialmente no caso desta pesquisa acadêmica, pois a interação entre tomadores de decisão e a equipe de avaliação não ocorre. Se isso pode ser superado, a questão da avaliação decorre da preocupação de Freeman e Bernstein (1975), qual seja a de que a intervenção foi concebida e implementada sem a preocupação da avaliação. Nessa situação, a avaliação pode ser implementada, porém, para ser introduzida, requer melhor compreensão das

proposições das avaliações e das alternativas que esse tipo de pesquisa permite para que se conduza um tipo de avaliação.

Entre as alternativas apontadas pelos autores, pode-se considerar a de Freeman e Bernstein (1975) sobre a *avaliação do processo*. Para esse autor, essa avaliação permite identificar se o programa ou política tem sido implementado de forma a atingir os seus objetivos.

Apesar da afirmação de Freeman e Bernstein (1975), corroborada por Cohen e Franco (1993), de que as intervenções não estão sendo concebidas e estruturadas para serem avaliadas e, por isso, não é possível saber se os objetivos para os quais foram criados estão sendo alcançados. Weiss (1972) argumenta que, historicamente, a pesquisa de avaliação tem sido vista como um instrumento, uma ferramenta adicional para os tomadores de decisão. Para essa autora, a expectativa tem sido de que programas ou políticas que produzem bons resultados serão expandidos, e aqueles que demonstram poucos resultados serão abandonados ou drasticamente modificados. Isso é enfatizado por Wholey et al. (1976), segundo o qual a avaliação não só evidencia resultados, mas que, a partir destes, é possível inferir estratégias para que os programas possam alcançar os seus objetivos.

Além desses últimos autores, Weiss (1972), Freeman e Bernstein (1975) também apresentam a importância da pesquisa de avaliação. Para Weiss (1972), este tipo de pesquisa apresenta contribuições sistemáticas para melhoria social, tendo como objetivo geral prover os resultados da pesquisa aos tomadores de decisão. Em Wholey et al. (1976), a pesquisa de avaliação pode ser usada para modificar o curso operacional e planejar futuros programas e políticas. Conforme Cohen e Franco (1993), este tipo de pesquisa é relevante também no que diz respeito à avaliação da *efetividade* da política, entendida como exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados, isto é, seu sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança nas condições sociais prévias da vida das populações atingidas pelo programa sob avaliação.

2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Com o processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde, os municípios passam também a assumir a responsabilidade pela implementação dos Conselhos de Saúde. Em termos da pesquisa de avaliação, essa proposição se insere na implementação da política de saúde por meio do Conselho Municipal de Saúde (CMS), um dos pontos fundamentais para que os objetivos e as metas da política sejam alcançados. Como implementação da política, compete ao CMS a fiscalização e a participação na elaboração e definição das ações e políticas de saúde.

Para compreensão do problema em questão, torna-se necessário fazer a análise da definição, estrutura e funcionamento do CMS, o qual é um órgão colegiado deliberativo e permanente do SUS em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. O CMS consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da saúde, propiciando seu controle social; isso torna os conselhos de saúde instâncias privilegiadas na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. Para isso, a legislação estabelece a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos, representados pelos trabalhadores

de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do conselho, em reunião plenária.

Quanto à estrutura e ao funcionamento, os governos garantirão autonomia para o pleno exercício do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa. De acordo com a Resolução nº 33, correspondente a recomendações para a constituição e estruturação de conselhos estaduais e municipais de saúde, complementar à Lei 8.142/90, que dá origem aos conselhos de saúde em todas as esferas de governo, têm-se homologado diretrizes para implementação (BRASIL, 1990):

- Definição: define-se conforme legislação já existente e como citado anteriormente nesta pesquisa.
- Composição: diz respeito ao número de conselheiros, percentual de distribuição com relação aos vários segmentos que o compõem, como representantes dos trabalhadores da saúde, entidades sociais, prestadores de serviços da saúde e do governo.
- Estrutura: relacionado ao suporte administrativo para estruturação e funcionamento, garantindo-lhes dotação orçamentária.
- Competências: definidas nas leis federais e complementadas pelas legislações estaduais e municipais, poderão ainda estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em níveis nacional, estadual e municipal; traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde; propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, considerando os avanços científicos e tecnológicos na área; examinar propostas e denúncias; propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das conferências estaduais e municipais de saúde; estimular a participação comunitária no controle da administração do sistema de saúde; e estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do SUS.

A partir da legislação que cria os Conselhos, essas instâncias passam a ser mais que um esforço da sociedade organizada ou um instrumento para pressionar o Estado ou a elite empresarial, tornando-se um meio efetivo de reivindicar direitos sociais (SANTOS, 1999).

Diante dessas definições e assumindo a importância do CMS como órgão estratégico para a descentralização e operacionalização da política de saúde por meio da participação da comunidade, a avaliação de processo consiste em identificar se essa diretriz da política do SUS está se consolidando.

A hipótese alternativa a essa proposição é de que a participação social no conselho, especialmente pelas expectativas de descentralização, pela municipalização dos serviços e participação visando o controle social da política, que constituem os princípios organizativos do SUS, não ocorre (BRASIL, 2001). Entretanto, a proposição final da investigação não se restringe a essa hipótese, pois na avaliação de processo o importante é identificar novas ações que permitam redirecionar a política para os seus pressupostos iniciais, que são a descentralização e a participação como controle social.

3. OBJETIVOS

O objetivo geral, ao se avaliar o processo de implementação de uma política, está em apresentar informações sobre se esta vem sendo implementada dentro dos pressupostos definidos na letra da lei. O propósito deste estudo foi identificar discrepâncias entre as ações definidas nas proposições da política e as ações concretizadas em uma situação específica, que é o município de Ponte Nova - MG. Em ambos os casos, neste trabalho, o objetivo foi apresentar informações que possam servir ao propósito de manter a regularidade na implementação ou corrigir os direcionamentos, de forma que os objetivos da política possam ser alcançados.

ESPECÍFICOS

- Caracterizar o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Ponte Nova – MG, por meio das representações sociais.
- Identificar a dinâmica de atuação do CMS em termos de reuniões, temas agendados, ações concebidas e executadas, interesses discutidos (coletivos ou particulares).
- Verificar a efetividade das deliberações do CMS na concretização de transformações nas ações (programas e projetos) implementadas pelos gestores de saúde do município de Ponte Nova – MG.

- Identificar programas e projetos que foram implementados no município de Ponte Nova no período de julho de 2003 a junho de 2005, correspondente a um mandato de dois anos do CMS – o mais recentemente concluído.
- Sugerir possíveis conteúdos como alternativas de capacitação para a atuação dos membros dos conselhos de saúde.

4. REFERENCIAL CONCEITUAL

A base interpretativa desta investigação foi analisada a partir dos conceitos de descentralização, autonomia e participação social, enquanto princípios fundamentais do SUS. Dessa forma, através da política do SUS o Estado procura instituir um sistema de saúde descentralizado, transferindo o “locus das decisões” (COTTA et al., 1998, p. 27) da esfera federal e/ou estadual para os municípios, com maior autonomia na gestão dos recursos e promovendo a participação da sociedade civil na elaboração e fiscalização das decisões tomadas. Portanto, o Estado tem nos serviços públicos a referência principal para a execução dessas atividades.

O significado de descentralização – que implica efetivamente a municipalização dos serviços de atenção à saúde – destaca que esse processo está vinculado a uma nova maneira de pensar a relação Estado/sociedade civil; um Estado transparente (quanto à gestão de recursos), democrático, com cidadãos participantes que monitoram e fiscalizam a prática de desenvolvimento e governo locais (Gawryszewski et al. BELMARTINO, 1990). Se em termos conceituais há essas orientações, críticas começam a emergir, tal como a de Gawryszewski (1993), sobre a sua operacionalização. De acordo com esta autora, há apenas a “desconcentração” do espaço físico das instituições e não a descentralização do poder das instituições tradicionais (Estado). Por isso, o processo de

descentralização do Estado revelaria uma nova ideologia², o que poderia se tornar um obstáculo ou resistência à nova maneira de administrar as políticas do Estado (saindo da função paternalista como o grande provedor de todas as necessidades da população).

O desenvolvimento do processo de redemocratização, destacando a descentralização como uma de suas principais metas, conseqüentemente, levou à determinação de mecanismos democráticos de gestão, com menor participação do Estado e maior envolvimento e participação social. Assim, a descentralização, sob os propósitos da redemocratização, gerou maiores espaços para a participação de setores organizados da população (como lideranças comunitárias, associações de bairros, sindicatos de trabalhadores e outros) na definição e gestão de políticas sociais. De forma geral, deu-se prioridade à criação de conselhos consultivos ou deliberativos, em muitos casos de caráter paritário em termos de sua composição, envolvendo os representantes do Estado e das organizações da sociedade civil, que se transformam em nova instância decisória, ao lado do poder executivo e do poder legislativo tradicionais. No entanto, percebe-se que a criação dos conselhos não se restringe aos setores obrigatórios por lei federal, como saúde, criança e adolescente, assistência social, educação e emprego, abrangendo também as áreas de meio ambiente, cultura, política agrícola, política urbana, entre outros (SANTOS JUNIOR et al., 2004, p.26).

Para Correia (2000), a descentralização dos serviços de saúde e a adoção da municipalização sempre constituíram objetivos do Movimento Reformista Sanitário³. O propósito era instituir estratégias para democratizar o sistema nacional de saúde, o que melhoraria o acesso da população a esses serviços. Há, portanto, uma associação entre o acesso e a efetivação dos serviços a serem oferecidos, que, por se tratar de atenção básica (porta de entrada), seriam mais bem administrados com a participação social.

² Considerando-se ideologia, em Castells, como um “sistema de representações, noções, gestos, atitudes” que objetivam assegurar a coesão social e caracterizando-se como um componente indispensável de toda prática social (CASTELLS et al., 1973).

³ Para uma explicação detalhada sobre este tema, consultar item 2.1 deste trabalho.

A descentralização das ações e serviços de saúde foi estabelecida e organizada pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB/91, NOB/93 e NOB/96 do Ministério da Saúde – MS) e Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS–SUS 01/2001⁴), que definiram os diferentes tipos de gestões municipais, constituindo um marco da política sanitária dos anos 90. A escolha do tipo de gestão pode variar, conforme NOB/96, entre: Gestão Plena do Sistema Municipal, que incorpora a gestão de média e alta complexidade, e Gestão Plena de Atenção Básica, em que os municípios se responsabilizam pela gestão dos serviços básicos de saúde. Os estados e municípios podem ser habilitados nas duas condições de gestão: Gestão Plena do Sistema Municipal e Gestão Plena de Atenção Básica, destacando-se entre os requisitos a comprovação do funcionamento do CMS e, entre as responsabilidades, a efetivação do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do CMS.

A autonomia é assumida como o aumento do poder de decisão local, decorrente da orientação local na aplicação de recursos; ela implica a faculdade de criar regras de direito próprias, adaptadas à realidade regional, de acordo com as peculiaridades de cada município brasileiro (Santos e Ballone et al. GAWRYSZEWSKI, 1993). Por sua vez, a autonomia municipal esbarra em dificuldades, como a escassez de recursos financeiros (concentração tributária) e a multiplicidade de encargos (atribuições impossíveis de executar). No entanto, o SUS prevê através da Emenda Constitucional n° 29 que os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde sejam aplicados por meio de Fundos de Saúde. Esses Fundos de Saúde referem-se a contas especiais para o repasse de recursos financeiros – transferências fundo a fundo –, cuja movimentação ocorre sob a fiscalização dos respectivos conselhos de saúde em cada esfera de governo, federal, estadual e municipal (BRASIL, 2003). Portanto, com vistas a incrementar o processo de

⁴ A NOAS-SUS 01/2001 amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

descentralização dos recursos da saúde, os Fundos constituem-se em instrumentos:

- de gestão dos recursos destinados ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde;
- de planejamento, visto que possibilita aos gestores visualizar os recursos de que dispõe para as ações e serviços de saúde; e
- de controle, por facilitar o acompanhamento permanente sobre as fontes de receitas, seus valores e data de ingresso, as despesas realizadas, os recebimentos das aplicações financeiras, entre outros (BRASIL, 2003).

No que se refere à participação social⁵, que é parte constitutiva da política de descentralização, ela é introduzida na saúde como o direito dos cidadãos na participação da definição e deliberação sanitárias e no controle do sistema público por meio da implantação e efetiva atuação dos conselhos de saúde.

A participação social, em saúde, é definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (Machado et al. CORREIA, 2000). Ainda em Gawryszewski (1993), a categoria participação, enquanto forma de expressão da população nas políticas públicas, está vinculada ao processo de democratização estabelecido na relação entre o Estado e a sociedade civil, sendo voltada para a participação da comunidade na administração dos sistemas municipais de saúde.

Essa transformação na administração da saúde pública possibilitou a criação de outros mecanismos de participação – entendidos como toda e qualquer forma de fórum que não o conselho ou a conferência municipal de saúde (comissão intersindical de saúde do trabalhador, conselhos distritais e locais, que,

⁵ Legislação para o controle social: Constituição Federal de 1988; Art. 1 da Lei 8.080 e 8.142/90; Resolução 33/92; Art. 12 da Lei 8.689/93; Art. 16 da Lei 8.666/93 e 8.883/94; Arts. 48 e 49 da Lei Complementar 101/2000; NOAS (Norma Operacional da Assistência a Saúde) / SUS 01/2001; Leis Municipais de Criação de Fundos de Saúde; Propostas das IX Conferência Nacional de Saúde (CNS)/92, X CNS/96, XI CNS/2000 e XII CNS/2003.

por outro lado, já dependem mais da organização da sociedade do que das normas e diretrizes da forma de gestão). Proporcionou também outras possibilidades de participação popular, por meio de Orçamento Participativo, associações religiosas, associações de moradores, movimentos como o de mulheres no combate ao câncer, etc.

A participação institucionalizada da sociedade civil na política de saúde foi concebida como controle social, ou seja, como intervenção da sociedade organizada nas ações do Estado na gestão do gasto público. Bergman (et al. CORREIA, 2000) aponta como estratégia para viabilizar o controle social os canais de participação institucional, entre os quais os conselhos de saúde, e define o controle social nessa área como:

“... a fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública. (...) é a apropriação, pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde (Bergman et al. CORREIA, 2000)”.

Dessa forma, a descentralização e o controle social também são entendidos como participação real da população na administração dos serviços, o que equivale a poder de decisão na definição e execução das prioridades públicas.

Essa mudança, que teve início nos anos 50, vem demonstrando a ampliação do controle público sobre o Estado. No que concerne às políticas sociais, é interessante assinalar a criação do Ministério da Saúde. No início de sua estruturação – através de um setor da burocracia desse Ministério, juntamente com um pequeno grupo de profissionais da previdência social – surge a idéia de concretizar uma efetiva descentralização dos serviços de saúde como parte de uma reforma institucional com vistas ao desenvolvimento econômico. Nessa época, a “educação e a saúde eram vistas como parte importante do

desenvolvimento nacional, como saída para o ciclo do subdesenvolvimento” (LUZ, 2000).

A imposição legal da criação dos conselhos como requisito para a municipalização do setor de saúde fez com que estes se multiplicassem. Entretanto, observa-se que muitos desses conselhos não realizam transformações efetivas na realidade sanitária das comunidades onde atuam. A participação continua de caráter assistencialista, ou seja, focada no atendimento (como falta de consultas médicas e remédios), e, assim, centrada na doença, portanto sem identidade social e respondendo primeiramente aos interesses da gestão, dos prestadores de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios) e, por último, da sociedade em geral (BRASIL, 2001).

Apesar de os conselhos terem sido instituídos em caráter obrigatório, por lei federal, em todos os níveis de governo e estarem vinculados ao repasse de recursos do governo federal para os Estados e Municípios, não se pode negar que a criação e disseminação dessas instâncias resultam do surgimento no Brasil de ideais de reforma das instituições de governo local, centrados na busca do aumento da participação direta da sociedade na gestão das políticas públicas.

Desse modo, a expansão do número de conselhos municipais de saúde, concomitantemente, amplia o número de pessoas que direta ou indiretamente estão envolvidas com as instituições públicas de controle social, gerando maior efetividade da participação como instrumento de democratização do Estado e da sociedade. Assim, sugere maior autonomia e maturidade dos movimentos sociais nos espaços de participação, o que tenta pôr um fim no que foi chamado de prefeituralização dos conselhos de saúde, quando os representantes eram, praticamente, nomeados pelos gestores (ANDRADE et al., 2000).

Como mecanismo de participação institucionalizado na área de saúde, os conselhos, por um lado, legitimam a política do Estado diante da população e, de outro, podem ser espaços de participação e controle social na perspectiva de ampliação da democracia (AROUCA, 2003).

Assim, os conselhos devem ser entendidos como uma das formas de participação da sociedade civil na gestão das ações do Estado na área da saúde. A

atuação no controle da execução não deve ser meramente de fiscalização burocrática, mas sim de acompanhamento permanente da execução dos programas prioritários do SUS e como uma estratégia para se dirigir o fundo público da saúde para o bem da coletividade (Ministério da Saúde et al. BRASIL, 2001).

Entre as atribuições⁶ dos conselhos encontram-se:

- fiscalizar a movimentação dos recursos repassados à Secretaria de Saúde e, ou, ao Fundo de Saúde; e
- propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos.

Dessa forma, abre-se uma possibilidade de a sociedade interferir no destino dos recursos públicos da saúde. De acordo com Correia (2000, p. 65), “o espaço dos conselhos pode se tornar um espaço de disputa política, entre os setores organizados nele representados, pelo controle do fundo público da saúde”.

Na disputa pelo controle da verba pública, destaca-se, ainda mais, a necessidade de mecanismos de controle social – os conselhos de saúde – para fiscalizar e acompanhar a utilização dos recursos públicos, pois, quando usados de maneira clientelista, geram lucro e contribuem para a reprodução do capital. Desse modo:

“Os conselhos de saúde podem se tornar mecanismos democráticos de resistência a mercantilização do setor, na medida em que definam a aplicação dos recursos públicos na própria rede pública, sem fins lucrativos” (CORREIA, 2000, p. 66).

⁶ Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde, publicada em 3/12/1992.

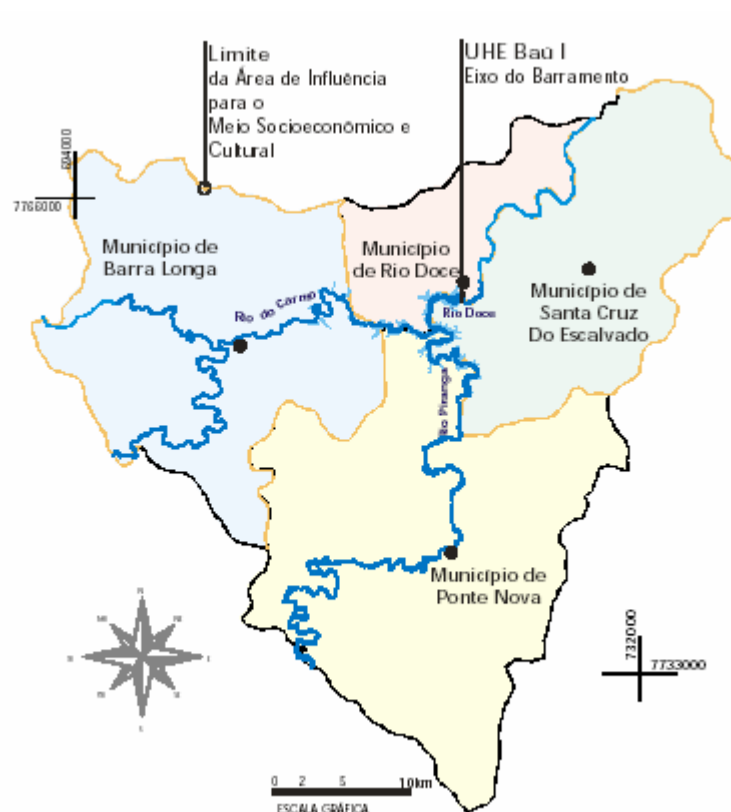
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa descreve⁷ e avalia o processo de implementação do Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova – MG durante o período de julho de 2003 a junho de 2005, mais precisamente o que foi concebido e implementado para essa instância. Esse processo foi analisado a partir dos princípios e diretrizes do SUS, especificamente em relação à descentralização e à participação da sociedade no controle social e na elaboração e implantação das políticas de saúde do município de Ponte Nova.

Localizado na região da Zona da Mata leste mineira, de acordo com o Mapa 1, com aproximadamente 55.600 habitantes, conforme o censo demográfico de 2000, o município opera com o tipo de gestão Plena do Sistema Municipal, em que, conforme NOB/96, ele tem autonomia para gerir a rede própria e conveniada/contratada (prestadores de serviços), assumindo a responsabilidade de contratação e pagamento dos serviços e contratos e de autorização do seu cadastramento (MINAS GERAIS, 2005).

⁷ Para Yalaour et al. TEIXEIRA (1999): “uma investigação descritiva é aquela que expõe e revela características de determinada população ou determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis, não tendo o compromisso de explicar os fenômenos que se descrevem. Para os autores, estudos descritivos permitem uma visão panorâmica, sem sacrificar a profundidade da análise”.

Mapa 1 - Localização geográfica de Ponte Nova – MG



Fonte: Data SUS, 2001.

O tipo de gestão do município é indicador do grau de descentralização e autonomia em que ele se encontra. Dessa forma, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, Ponte Nova busca o fortalecimento da atenção básica, por meio da instalação de 12 equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) em áreas onde a população é essencialmente usuária do SUS; também incorpora a gestão de serviços de média e alta complexidade, como se vê a seguir.

➤ Rede própria:

- saúde oral; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; centros de saúde especializados (atenção à saúde da mulher e da criança); postos de saúde nas comunidades rurais; serviço de fisioterapia; laboratório municipal; e pronto atendimento municipal - SAMMDU.

➤ Rede credenciada:

- dois hospitais, oferecendo serviços de tomografia, unidade de terapia intensiva – UTI, neurocirurgia, cirurgia cardíaca, hemodinâmica, medicina nuclear, tratamento de AIDS, atendimento de urgência e emergência, busca ativa de órgãos, nutrição enteral; laboratórios; e consórcio intermunicipal de saúde (CIS-AMAPI) com consultas especializadas.

O município em questão é caracterizado como pólo macrorregional de saúde, assistindo cerca de 600.000 habitantes de outras microrregiões pactuadas (Viçosa, Manhuaçu, Leopoldina, Mariana e Cataguases).

Quanto ao CMS, é composto por 68 representantes, entre titulares e suplentes, divididos entre os vários segmentos (movimentos sociais, sindicalistas, líderes de bairros), conforme Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990), sendo constituídos por 50% de seus representantes da sociedade em geral; 25% de prestadores de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios credenciados pelo SUS) e governo; e 25% de trabalhadores da rede pública (BRASIL, 1992).

Em 2003, Ponte Nova realizou a VI Conferência Municipal de Saúde, bem como a sexta eleição dos membros do CMS:

“Uma das diretrizes propostas e aprovadas na plenária desta conferência foi a melhoria do atendimento nas unidades de saúde e cursos de formação dos funcionários com ênfase na humanização dos atendimentos (MINAS GERAIS, 2005).”

A fim de obter informações para análise do processo de implementação da política do SUS através da operacionalização do CMS no município em estudo, no que se refere à participação da comunidade como controle social, a pesquisa fundamentou-se nas seguintes fontes:

- Levantamento bibliográfico sobre experiências de gestão participativa.
- Pesquisa documental em leis que criam o CMS e regimento interno deste; leis que dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e que regulam as ações e serviços de saúde; e atas das reuniões do CMS e da Conferência Municipal de Saúde de Ponte Nova.
- Levantamento de dados secundários na Secretaria Municipal de Saúde de Ponte Nova, sobre programas e projetos implementados e seus resultados.
- Observação direta, por meio da participação na Conferência de Saúde e em reuniões do CMS de Ponte Nova.

Diante dos pressupostos que fundamentam esta investigação, tornou-se importante a identificação de indicadores que nortearam a observação empírica, como o perfil das representações, sua forma de apresentação e seu conteúdo. Para identificação desses indicadores foi realizada uma análise das atas das reuniões do Conselho durante o período de um mandato, o mais recentemente concluído, iniciando em julho de 2003 e encerrando em junho de 2005. Todas as informações descritas nas atas das reuniões foram agrupadas de acordo com as categorias representadas no Conselho, ou seja, relacionadas aos gestores, aos trabalhadores da saúde, aos prestadores de serviços e aos representantes da população usuária. A fim de elaborar os indicadores para avaliar o processo de implementação da política em questão, foram consideradas as pautas das reuniões redigidas em forma de atas, as quais registram as participações dos conselheiros por meio de indagações, sugestões, esclarecimentos, denúncias, propostas, medidas, resultados, comentários, avisos, reclamações e deliberações. No item 6 desta pesquisa é discutido detalhadamente o conteúdo dessas participações, bem como a composição do Conselho.

Dentro do proposto, tentou-se manter uma seqüência e coerência de raciocínio na descrição dos fatos, fazendo com que uma afirmação não negasse a outra, obtendo-se, dessa forma, uma conexão lógica no texto.

6. A IMPLEMENTAÇÃO PELA PARTICIPAÇÃO DOS MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTE NOVA – MG

O objetivo deste capítulo foi descrever a composição, representação e participação dos representantes do Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova, MG, como uma das estratégias da avaliação do processo de implementação dessa política, conforme proposto nesta pesquisa. Se existem atribuições de funções para essa instância colegiada, na avaliação de processo é necessário demonstrar a atuação dos representantes, contrastada com a estrutura organizacional e conceitual apresentada a esse segmento pelos princípios e fundamentos da política do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para descrição da participação dos membros, a referência foi a reunião plenária do Conselho, em que as participações são registradas, não decorrentes, portanto, de observações diretas. Como documentos analisados, as atas permitiram a classificação das participações dos membros do Conselho por meio de indicadores, com conteúdos específicos, que revelam formas de manifestação. Assim, os conteúdos das atas possibilitaram a classificação das participações dos membros, com o propósito de expressar indagações, apresentar sugestões, prestar esclarecimentos, fazer denúncias, apresentar propostas, propor medidas, expor resultados, fazer comentários, comunicar avisos, fazer reclamações e tomar parte das deliberações. Entretanto, para compreender essas participações, torna-se

necessário analisar a composição e as formas de representação, o que será apresentado no item seguinte.

6.1. Composição do Conselho

O Conselho Municipal é constituído de 50% de representantes gestores (municipal e estadual), prestadores de serviços e trabalhadores da saúde; os outros 50% são representantes da população usuária dos serviços da rede SUS, os quais se originam de várias regiões do município. Essa composição segue adequadamente as diretrizes da política, ressaltando que, de acordo com a Resolução nº 33/92⁸ do SUS, para a formação dos conselhos em relação ao segmento do governo, propõe-se que esta seja semelhante à dos conselhos estaduais, desde que adaptada à realidade local, sendo, portanto, desnecessária a presença do representante do governo federal. Dessa forma, constata-se que a composição desse Conselho está em conformidade com as diretrizes da resolução do Conselho Nacional de Saúde, o que será detalhadamente analisado no item seguinte.

6.1.2. Identificação dos Componentes

O Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova, MG, possui representantes dos gestores, dos prestadores de serviços, dos trabalhadores da saúde e da população usuária. Quanto ao segmento dos gestores, constatou-se que os representantes dos governos municipal e estadual⁹ são, ambos, indicados pelo Prefeito. Assim, são representantes do governo municipal o secretário de

⁸ Resolução aprovada em reunião plenária pelo Conselho Nacional de Saúde, em 23/12/1992, que recomenda diretrizes para a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

⁹ Órgão representante do Estado no município, sendo, neste caso, a Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde - DADS.

saúde e seu assessor; o secretário de obras e um funcionário do setor; a supervisora pedagógica, pela Secretaria de Educação e Cultura, e um funcionário do setor; e, pelas Secretarias de Ação Social e do Meio Ambiente, são representantes titulares e suplentes funcionários do setor. Portanto, os representantes dos gestores vêm das várias secretarias que integram os vários setores instituídos na política do SUS¹⁰. Do mesmo modo, representam o Estado no Conselho duas funcionárias da DADS (Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde), coordenadoras do setor de atenção básica e secundária. Para melhor compreensão, essas informações estão demonstradas no Quadro 1, evidenciando como está a atual representação dos gestores no Conselho. Deve-se ressaltar que os representantes das categorias dos gestores e dos prestadores de serviços são indicados; o processo eleitoral ocorre somente para as categorias dos usuários e dos trabalhadores. Entretanto, especificamente com relação aos trabalhadores da saúde, o processo eleitoral ocorre somente quando há mais de dois candidatos de cada categoria profissional interessada na vaga de conselheiro. Caso isso não ocorra, esse representante acaba sendo indicado.

¹⁰ Os vários setores instituídos na política do SUS estão descritos na Lei 8.080/90, cap. I, art. 5º dos Objetivos e Atribuições, e incluem ações nas áreas da vigilância sanitária e epidemiológica, proteção do meio ambiente, fiscalização e inspeção de alimentos, água e bebidas, entre outras.

Quadro 1- Membros dos representantes dos gestores no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova – MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005

Secretarias e, ou, órgãos atuantes	Representantes
Secretaria de Saúde	Secretário de saúde, que também desempenha a função de presidente, e outro funcionário designado por ele para ocupar a vice-presidência.
Secretaria de Educação e Cultura	Secretários e funcionários indicados.
Secretaria de Ação Social	
Secretaria de Obras e Órgão de Saneamento	
Órgãos de Agricultura	
Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde (DADS)	Coordenador de Atenção Básica - CAB e Coordenador da Atenção Secundária - CAS.

Com relação aos representantes das instituições prestadoras dos serviços públicos e privados, eles são indicados pelos administradores das respectivas instituições, conforme interesses próprios. Esses membros estão compostos pelos administradores de clínicas e laboratórios conveniados ao SUS; diretor-administrativo do Hospital Nossa Senhora das Dores; e um funcionário indicado pelo diretor-administrativo do Hospital Arnaldo Gavazza Filho. Assim, os membros que compõem essa categoria estão divididos entre as várias instituições credenciadas pelo SUS, que estão relacionadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Membros dos representantes dos prestadores de serviços no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova – MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005

Instituição	Representantes
Rede de Apoio e Diagnóstico credenciada, que advém de clínicas e laboratórios conveniados com o SUS	Administrador e, ou, um funcionário indicado por ele.
Hospital Nossa Senhora das Dores	Diretor-administrativo e, ou, um funcionário indicado por ele.
Hospital Arnaldo Gavazza Filho	

Quanto aos representantes dos trabalhadores da área de saúde, eles se constituem dos profissionais de nível médio e superior das diversas áreas da rede pública. Esses membros são eleitos ou indicados por categoria profissional e estão relacionados no Quadro 3.

Quadro 3 - Membros dos representantes dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova – MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005

Categoria profissional	Representantes
Somepon – Sociedade Médica de Ponte Nova	Profissionais em exercício no município e devidamente registrados em seu conselho regional
ABO – Associação Brasileira de Odontologia	
Farmacêuticos e bioquímicos	
Psicólogos	
Terapeutas Ocupacionais	
Fisioterapeutas	
Nutricionistas	
Fonoaudiólogos	
Enfermeiros	
Profissionais de nível médio, como técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, do setor de serviços gerais e vigias.	Profissional lotado nos serviços de Pronto Atendimento, Policlínica, Centros de Saúde da cidade e nos Postos de Saúde da Zona Rural.
Profissional do serviço de saúde mental	Funcionário do serviço

A composição do Conselho, conforme relacionada nos Quadros 2 e 3, segue a orientação da política do SUS no que concerne aos representantes dos prestadores de serviços e dos trabalhadores na área da saúde. Vale a pena ressaltar que as diretrizes do SUS se restringem a identificar os segmentos e propor que, no caso dos conselhos municipais, a composição seja orientada de acordo com a dos conselhos estaduais, adaptada à realidade local.

Com relação aos representantes da população usuária, os membros são eleitos entre os usuários do SUS e devem estar vinculados a uma instituição social (como as associações e os conselhos de bairros, as entidades, as comissões, as pastorais etc.). Cada um desses candidatos representa uma zona sanitária do município, e eles devem estar vinculados a uma das várias entidades sociais existentes.

Mapa 2 - Divisão geográfica das zonas sanitárias rurais de Ponte Nova – MG



Fonte: Data SUS, 2001.

Para melhor compreensão, faz-se necessário explicitar que o município de Ponte Nova está dividido em 12 zonas sanitárias, que são definidas como um mapeamento geográfico do município para fins de execução da Política Municipal de Saúde; essa divisão e representação, além de ser composta pelas respectivas zonas rurais, demonstradas no Mapa 2, e urbanas do município, obedecem ao fluxo da população, à densidade populacional e aos seus aspectos socioeconômicos e culturais.

O processo de eleição para representar os usuários, que ocorre ao final de cada mandato, é divulgado através de um edital de convocação, que é enviado aos jornais de ampla circulação no município 30 dias antes da data da eleição. Ao mandato de dois anos para o conselho concorrem todos os interessados, desde que estejam de acordo com a distribuição pelas categorias existentes no conselho, respeitando as restrições quanto aos possíveis componentes¹¹. Na ausência de candidatos para eleição dos representantes dos usuários, as respectivas instituições¹² podem indicar, no mínimo, dois membros, ou seja, um titular e seu suplente. O Quadro 4 apresenta a relação das instituições que podem participar selecionando candidatos para disputar a eleição no Conselho na categoria dos usuários, bem como a caracterização desses representantes.

¹¹ Para uma explicação mais detalhada acerca dos componentes, consultar o item 1.1 deste capítulo.

¹² Com relação a essas instituições, Correia (2005) afirma que: “do lado dos usuários, as organizações escolhidas devem ter expressão no município com tradição de luta pelos interesses coletivos. [...] Deve-se evitar representação de entidades de patronato, que representam interesses privados dessa categoria”.

Quadro 4 - Instituições que participam do processo eleitoral na categoria dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova – MG

Instituição	Representantes
Conselho Particular de bairro	Usuários dos serviços de saúde
Associação dos Portadores de Deficiência Física	
Obra Unida da Sociedade São Vicente de Paula	
Sindicato do Comércio Varejista	
Sindicato dos Contabilistas	
Sindicato dos Empregados de Estabelecimentos Bancários	
Sindicato dos Empregados no Comércio	
Sindicato das Empregadas Domésticas	
Sindicato dos Papeleiros	
Sindicato dos Professores do Estado	
Sindicato dos Trabalhadores do Ensino de Minas Gerais	
Sindicato Rural	
Sindicato dos Trabalhadores do Transporte Rodoviário	
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)	
Pastoral da Criança	
Pastoral da Saúde	
Associação Comercial e Industrial de Ponte Nova	Comerciantes interessados, usuários dos serviços do SUS

Tanto pela representação das categorias quanto pelo número desses representantes, o Conselho analisado está constituído em conformidade com as diretrizes da política do SUS. De forma sintética, o Quadro 5 apresenta essas informações, destacando que há quatro categorias de representação: dos gestores, dos prestadores de serviços, dos trabalhadores e dos usuários. Para essas quatro categorias, existem 34 instituições, sendo dois representantes em cada uma delas:

um titular e um suplente. Desse modo, o Conselho, em Ponte Nova, possui 68 representantes, dos quais 34 (50%) constituem a categoria dos usuários, os quais representam as 22 comunidades do município, que, agrupadas por região, compõem as 12 zonas sanitárias; dessas comunidades, quatro são na zona rural. Além disso, esta categoria representa também as entidades filantrópicas, as entidades de promoção à saúde da criança e dos portadores de deficiência, a Associação Comercial e Industrial de Ponte Nova e a Pastoral da Saúde.

Quanto à categoria dos trabalhadores, são constituídos por 16 membros, representando 24% do Conselho. Esses trabalhadores são oriundos dos setores da atenção básica, do pronto atendimento, das classes profissionais existentes na rede assistencial, da saúde mental e trabalhador da zona rural.

Com relação à categoria dos prestadores, ela advém das instituições conveniadas ao SUS, sendo formada por 6 membros, que representam 8% do Conselho. Por fim, a categoria dos gestores é formada por 12 membros, representando 18% do Conselho; cada um representa sua secretaria de origem.

Por essa análise, constata-se que o Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG tem representação paritária na sua composição quanto à categoria dos usuários, ou seja, estes representam 50% do Conselho. No tocante às demais categorias, elas estão representadas da seguinte forma: os trabalhadores constituem-se em 24%, os gestores em 18% e os prestadores de serviços em 8%. Do mesmo modo, na composição dos conselhos de saúde de todos os níveis há representantes eleitos por cada um dos principais segmentos da sociedade. Dessa forma, o “pluralismo” é a primeira característica exigida em lei, sendo o que garante a força dos Conselhos. Quando, por motivos diversos, o equilíbrio do pluralismo começa a perder a força e algum segmento predomina sobre os demais, sejam usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços ou o próprio governo, o Conselho se enfraquece (SANTOS, 1999).

Quadro 5 - Representantes no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005

Categorias	Instituição	Nº de representantes titular e suplente	Total / %
Gestores	Secretaria de Saúde	02	12 = 18%
	Secretaria de Educação e Cultura	02	
	Secretaria de Ação Social	02	
	Secretaria de Obras e Órgão de Saneamento	02	
	Secretaria de Meio Ambiente	02	
	Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde (DADS)	02	
Prestadores de serviços	Rede de Apoio e Diagnóstico (laboratórios)	02	6 = 8%
	Hospital Nossa Senhora das Dores	02	
	Hospital Arnaldo Gavazza Filho	02	
Trabalhadores	Profissional médico	02	16 = 24%
	Profissional dentista	02	
	Farmacêuticos e bioquímicos	02	
	Profissional de nível médio e elementar	02	
	Profissional de nível superior não-médico	02	
	Profissional do pronto atendimento	02	
	Profissional de saúde mental	02	
	Trabalhador da zona rural	02	
Usuários	Gentio e adjacências	02	34 = 50%
	Passa Tempo e adjacências	02	
	Centro e adjacências	02	
	Vau-Açu	02	
	Pontal	02	
	Vila Oliveira e adjacências	02	
	Triângulo Novo, Triângulo Velho, Vila Centenário, São Judas Tadeu, Raza	02	
	Ana Florência	02	
	Pacheco	02	
	São Pedro, Novo Horizonte, Cidade Nova, Bairro de Fátima	02	
	Palmeiras e adjacências	02	
	Santo Antonio, Cerâmica, Corte de Pedra, Araguaia	02	
	Sindicatos ou entidades de classe municipal	02	
	Entidades de promoção à saúde da criança e portadores de deficiência	02	
	Entidades filantrópicas	02	
	Associação Comercial e Industrial	02	
	Pastoral da Saúde	02	
TOTAL	34	-	68 = 100%

6.2. Caracterização da participação no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG

A categorização da participação dos membros do Conselho ocorre de duas formas: a primeira, relacionada à frequência às reuniões plenárias, conforme apresentado na Tabela 1; e a segunda, à participação em tópicos específicos que foram discutidos ao longo da realização das reuniões plenárias, conforme demonstrado na Tabela 3. Deve-se ressaltar que em ambos os casos os dados foram obtidos no livro de presença das reuniões, as quais ocorreram durante o período de julho de 2003 a junho de 2005, correspondendo a um mandato do Conselho.

Com relação à segunda forma de participação, como será desenvolvido posteriormente, o conteúdo das participações foi agregado em categorias ou indicadores, conforme o tipo da participação. Para exemplificar, os indicadores de participação foram os seguintes: apresentação de sugestões, pedir e fazer esclarecimentos, proferir denúncias, manifestar propostas, propor medidas, exibir resultados, fazer comentários e indagações, comunicar avisos, realizar reclamações e efetivar as deliberações.

Tabela 1 - Frequência da participação dos membros no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005

ANO	FREQUÊNCIA											TOTAL
	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
2003	-	-	-	-	-	17	15	21	20	11	12	96
2004	7	15	15	11	9	8	12	10	10	17	21	135
2005	8	9	9	10	21	-	-	-	-	-	-	57
TOTAL	15	24	24	21	30	25	27	31	30	28	33	289

Tabela 2 - Participantes na plenária do Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova – MG, no período de julho de 2003 a junho e 2005

ANO	PARTICIPANTES											TOTAL
	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
2003	-	-	-	-	-	20	20	29	21	27	16	133
2004	19	18	15	21	12	9	12	14	14	12	78	224
2005	31	52	16	25	15	-	-	-	-	-	-	57
TOTAL	50	70	31	46	27	29	32	43	35	39	94	492

De acordo com as informações demonstradas na Tabela 1, constatou-se que há variações na frequência dos membros do Conselho nas reuniões. Considerando que no mês de janeiro o Conselho está de recesso, a variação na frequência ocorre, principalmente, em relação ao número de conselheiros que compõem o Conselho e ao número de conselheiros que participam das reuniões. Portanto, a frequência desses representantes contou, em média, com 21 membros, sendo que o Conselho possui 68. Assim, pode-se inferir que apenas 31% dos representantes do Conselho frequentaram as reuniões no período investigado.

A Tabela 2 apresenta o número de participantes nas reuniões do Conselho no mesmo período, de julho de 2003 a junho de 2005. Constatou-se presença média de 20 pessoas na plenária do Conselho; nas reuniões de dezembro de 2004 (78 participantes) e março de 2005 (52 participantes) a participação foi muito maior do que a média. Esse dado pode estar relacionado ao fato de que em dezembro de 2004 se deu a finalização do mandato do prefeito e, conseqüentemente, mudança de governo, com recente divulgação dos resultados do processo eleitoral. Na reunião de março de 2005, de acordo com as informações descritas na ata, houve extensa discussão sobre o planejamento do gestor para o setor da Atenção Básica, à qual se destina o Programa Saúde da Família. Esse setor prevê o mínimo de assistência necessária para os usuários do SUS, desenvolvendo ações de promoção e prevenção à saúde da população. Isso

pode facilitar a compreensão sobre o aumento do número de participantes na plenária do Conselho.

Do mesmo modo, ao analisar as informações contidas nas Tabelas 1 e 2, destacou-se a diferença entre o número de conselheiros e o número de participantes presentes nas reuniões de novembro de 2004 e de junho de 2005. Nessas reuniões constatou-se que a presença geral na plenária foi menor que o número de conselheiros que assinaram a ata. Isso demonstra que a lista de presença circulou ao final da reunião, momento em que muitos participantes já haviam deixado a plenária.

No que se refere à baixa frequência dos conselheiros às reuniões, conforme demonstrado na Tabela 1, ela revela algumas das dificuldades no processo de consolidação do Conselho como espaço para o exercício da democracia e concretização dos princípios do SUS. Assim, esses baixos percentuais de frequência dos membros às reuniões apontam algumas tendências no comportamento desses representantes, que evidenciam:

- O insuficiente comprometimento dos conselheiros, ausentes, com a população que eles representam.
- A carência de informações sobre as atribuições como conselheiros e quanto às normas que regem o funcionamento interno desse fórum, que, para as ausências, prevê substituição do representante após três faltas consecutivas não justificadas.
- A falta de entendimento do que seja controle social por parte dos membros do Conselho, que pode ter origem na deficiente construção de uma cultura participativa, o que Baquero (2001) relaciona a “uma suposta, incapacidade da sociedade em se mobilizar autonomamente para fiscalizar e modificar o processo político”.

Para complementar as informações inferidas, na Tabela 2 são apresentadas as participações dos conselheiros de acordo com o conjunto de indicadores que revelam o conteúdo dos tópicos discutidos nas reuniões realizadas durante cada semestre. Ao todo foram identificados 11 indicadores, e a participação que requer esclarecimentos é aquela que ocorre com maior frequência em todas as reuniões.

No total, foram 91 manifestações (34%), por meio de esclarecimentos, do total de 267 participações. Vale destacar que um alto índice de esclarecimentos revela, implicitamente, um alto índice de questionamentos. Isso é esperado, já que esse fórum se caracteriza por ser um local para a ocorrência desses debates.

Tabela 3 - Conteúdo das participações dos representantes do Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, por indicador, no período de julho de 2003 a junho de 2005

Indicadores	2003	2004		2005	TOTAL
	2º semestre	1º semestre	2º semestre	1º semestre	
Esclarecimento	21	28	15	27	91
Deliberação	13	16	13	17	59
Proposta	8	6	5	10	29
Indagação	7	8	4	5	24
Comentário	10	9	3	0	22
Medida	3	5	1	2	11
Sugestão	2	4	2	1	9
Resultado	4	3	1	0	8
Reclamação	3	3	0	0	6
Denúncia	0	2	0	2	4
Aviso	1	0	3	0	4
TOTAL					267

Mais especificamente, os esclarecimentos foram divididos em três conteúdos distintos: como explicações a questionamentos de reuniões anteriores, prestadas pelo secretário de saúde; como esclarecimentos sobre as indagações e dúvidas que surgiram durante as reuniões, apresentados pelos demais membros; e os esclarecimentos pertinentes à pauta da reunião do mês. Dessa forma, os esclarecimentos nem sempre decorrem de perguntas, pois as pendências que permanecerem sem resposta nas reuniões anteriores são, normalmente, transferidas para a próxima reunião. Isso acontece, quase sempre, por iniciativa

da gestão, sem que os demais representantes solicitem. Do mesmo modo ocorre com os temas constantes da pauta, que são desenvolvidos na reunião em forma de exposições. Esses dados demonstram que as reuniões são praticamente direcionadas de acordo com o planejamento do gestor, que também ocupa o cargo de presidente do Conselho. Para melhor compreensão, os esclarecimentos foram divididos em seis áreas: infra-estrutura, assistência, recursos humanos, materiais de consumo, alocação de recursos e os projetos.

Das 91 participações na forma de esclarecimento, 90% são prestados pelo secretário de saúde, representante da gestão, e seu conteúdo refere-se a desdobramentos da ata da reunião anterior e pertence a todas as áreas. Os 10% restantes são questões que surgem durante a reunião, proferidas, em primeiro lugar, pelos representantes dos usuários seguidos dos prestadores de serviços, as quais são as categorias que mais manifestaram esse tipo de participação.

Os representantes dos usuários abordam problemas relativos à área de materiais de consumo (como provisão de medicamentos); de assistência, como, por exemplo, funcionamento de serviços especializados (incluindo consultas e exames); de projetos, demonstrando interesse em esclarecer sobre as dificuldades nos processos de implantação dos projetos que aprovaram; de infra-estrutura, como reformas e construções de área física ou mudanças nos locais de atendimento; e de recursos humanos, como treinamento, capacitação e contratação de pessoal para melhorar o atendimento aos usuários. Por sua vez, os prestadores de serviços abordam problemas sobre as áreas de administração e gerenciamento, a qual inclui alocação de recursos; de projetos, sendo esses do interesse da instituição que representam; de recursos humanos, como treinamento e capacitação de pessoal; de materiais de consumo; e de infra-estrutura, como conserto de equipamentos diagnósticos (por exemplo, aparelho de raios-X).

A segunda forma de participação que ocorre mais freqüentemente é a *deliberação*. São 59 participações, 22% no total de 267, bem inferior à freqüência de ocorrência dos esclarecimentos. Entretanto, a soma das duas freqüências de participações atinge 56% das 267. Para fins de análise, esse indicador foi definido, primeiro, como deliberações obrigatórias, aquelas que não

podem deixar de ocorrer, as quais incluem aprovação de ata anterior e aprovação da prestação de contas do mês anterior. Em segundo lugar estão os credenciamentos, cadastramentos, convênios, programas, projetos e demais atribuições do Conselho. A maior parte dessas deliberações constitui-se das propostas que foram aprovadas na Conferência Municipal de Saúde¹³, com a participação da população, e que passaram a integrar o Plano Diretor¹⁴ do município. As demais aprovações reúnem (re) cadastramentos a programas e projetos do Ministério da Saúde para desenvolvimento local, como o Programa Saúde da Família, o Pró-Hosp, o Saúde em Casa, entre outros. Deve-se ressaltar que as deliberações ocorrem por meio do voto da maioria na plenária.

As *propostas* compõem a terceira forma de participação dos membros do Conselho, constituindo-se de 29 participações, 11% em relação ao total. Basicamente, as propostas expressam ações que podem minimizar os problemas que dificultam o acesso dos usuários aos serviços do SUS. Essas são apresentadas, na maioria das vezes, pelo gestor, que é o presidente do Conselho, e se caracterizam como componentes dos projetos implantados no município. Esses projetos são diretrizes elaboradas pelo governo federal ou estadual que seguem as orientações da política nacional de saúde em vigor. Dependendo da natureza do financiamento, os projetos diferem entre si, pois eles podem ser financiados pelo Ministério da Saúde ou pela Secretaria Estadual de Saúde, com contrapartida municipal ou não. Esses recursos podem ser repassados diretamente fundo a fundo, ou seja, do Fundo Nacional ou Estadual de Saúde para as contas dos Fundos Municipais de Saúde. Essas ações incluem projetos como o Programa Saúde da Família (PSF), o Programa de Combate à Dengue, o projeto de Melhorias Sanitárias, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros. No processo de implantação desses projetos, cabe ao presidente do Conselho disponibilizar ao Estado ou, diretamente, ao Ministério da Saúde

¹³ Conferência Municipal de Saúde é um mecanismo participativo que ocorre a cada quatro anos, visando assegurar o controle social das políticas públicas nessa área. A Conferência é um momento de discussão com a população do município que tem por objetivo elaborar as propostas que definirão os direcionamentos das ações.

¹⁴ Refere-se ao planejamento do município, incluindo todas as secretarias e autarquias (DEMAES – Departamento Municipal de Água e Esgoto).

documentos e informações que se fizerem necessários para a liberação das respectivas verbas, assim que as portarias forem publicadas. Dessa forma, após o repasse da verba, que será direcionada para as ações às quais se destinam, o secretário municipal, juntamente com o Conselho, assume a função de administrar e fiscalizar o emprego desses recursos.

Para melhor compreensão, a natureza das propostas que são discutidas nas reuniões divide-se em três conteúdos: os relacionados à infra-estrutura, aos recursos humanos e aos materiais de consumo. Dentre esses conteúdos, as demandas dos representantes surgem conforme interesses próprios, como a dos representantes dos prestadores, que apresentam propostas visando a implantação de serviços no município que serão conveniados a eles ou a avaliação de dívidas do Estado ou do município com essas instituições. Com relação aos representantes dos usuários, as propostas dirigem-se à necessidade de agilizar os processos de implementação dos projetos deliberados por eles, e esses projetos referem-se à área da atenção básica, a qual compreende projetos como o PSF, que visa garantir os cuidados mínimos necessários à saúde da população, como atendimento médico, vacinação, saneamento, controle de doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão, atendimento domiciliar para garantir o acesso a pacientes impossibilitados de chegarem aos postos de atendimento. Desse modo, são os potenciais usuários dos serviços do SUS aqueles que representam a população no Conselho; são eles que, no dia a dia, têm mais condições de identificar as deficiências na oferta desses serviços.

A partir dessas informações, constatou-se que outro indicador de participação que pode gerar propostas são as *reclamações*, apresentadas por seis participações durante o período estudado – 2%, no total de 267. Dessas seis reclamações, todas foram levadas ao Conselho pelos representantes dos usuários, conforme os dados da Tabela 4, que apresenta os índices dos indicadores de participação em cada uma das categorias classificadas nesta pesquisa (gestores, trabalhadores, prestadores e usuários). O conteúdo das reclamações se constitui de problemas nas áreas da assistência; da infra-estrutura, como conserto e aquisição de equipamentos para exames; de recursos humanos, como a presença

ou ausência dos profissionais e, ainda, a qualificação destes; e quanto à comunicação interna no Conselho, como mudanças nos horários das reuniões. Nota-se que os esclarecimentos, as propostas e as reclamações se manifestam através de conteúdos que envolvem as mesmas áreas, com destaque para infraestrutura, recursos humanos e assistência. Isso demonstra que tais áreas constituem o foco da atenção dos conselheiros, pois esses dados estão registrados nas atas das reuniões e revelam a dinâmica das discussões. Entretanto, as dificuldades na implementação das ações que visam alcançar os objetivos das propostas aprovadas na Conferência Municipal de Saúde permitem identificar que as propostas podem estar sendo elaboradas de maneira a dificultar o seu entendimento por parte dos conselheiros e que há despreparo destes para entender essas propostas de modo a implementá-las com eficiência, impedindo que esses membros compreendam os interesses das coletividades que representam.

Constatou-se que os membros do Conselho se mobilizam de maneira individual, o que demonstra a não-existência de uma ação que vise os interesses coletivos, como, por exemplo, dos segmentos que representam. Dessa forma, identificou-se que tais dificuldades limitam a atuação dos representantes no Conselho e geram obstáculos à implementação da política de controle social. Carvalho (1998) corrobora essa constatação ao afirmar que esses limites na consolidação dos conselhos geram a necessidade de melhor avaliação do alcance desses espaços participativos, que possa averiguar a direção desses debates e até que ponto eles promovem os interesses da coletividade.

Para melhor compreensão, deve-se considerar que entre as formas de participação discutidas até então há grande diferença quanto à frequência de ocorrência. Enquanto nas duas primeiras, os esclarecimentos e as deliberações, representam 56% das ocorrências, na terceira, as propostas, representam apenas 11%, o que é ainda maior com relação às formas que serão apresentadas subsequentemente. Além disso, essas diferenças revelam que muito se discute nas reuniões, porém poucas propostas resultam desses debates. Isso mantém o direcionamento das ações restrito ao plano de saúde da gestão, pois as propostas

que são encaminhadas ao Conselho para deliberação ou não, se não foram provenientes da Conferência de Saúde, advêm do Ministério da Saúde. Cabe lembrar que, quando as propostas são provenientes do governo federal, é o gestor quem seleciona os temas dos projetos aos quais o município deverá se cadastrar para pleitear o financiamento. Desse modo, o Conselho terá acesso a essas propostas na fase da liberação do financiamento, na qual é necessária a deliberação pelos representantes.

A quinta forma de participação evidenciada no Conselho é a *indagação*, com 24 ocorrências – 9%, no total de 267. Essa forma de participação se expressa por meio de questões concentradas na área da infra-estrutura, do gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde, dos recursos humanos (como treinamento de pessoal), da assistência, de materiais de consumo e de perguntas que explicitam os interesses de cada categoria representada no Conselho. Geralmente, as perguntas são direcionadas ao presidente do Conselho, que é o Secretário de Saúde, e, ou, ao coordenador do setor questionado, o que evidencia a forma de participação dos gestores e de alguns funcionários, sendo esses ocupantes de cargos de chefia. Deve-se explicitar que algumas dessas questões se repetem por várias reuniões, sendo essas pertinentes aos setores mais críticos da saúde, como a provisão de materiais, incluindo medicamentos, material para curativo, papel higiênico, água potável, etc., e que envolvem processos licitatórios. Quanto à área da assistência, os questionamentos são referentes à oferta de atendimento básico (como clínica geral, pronto socorro, enfermagem, etc.) e às consultas especializadas, como oftalmologia, ortopedia, fisioterapia, saúde mental, etc.

Considerando o conteúdo dos esclarecimentos e das indagações, é possível identificar que há uma convergência entre ambos os indicadores. Os problemas que são abordados através desses indicadores são de ordem emergencial, como falta de medicamentos ou material básico para o funcionamento dos serviços em seus vários setores (seja na atenção básica ou no setor especializado). Dessa forma, nota-se que o espaço democrático, que tem por função consolidar o controle social da política pública do setor, é utilizado para criar soluções

imediatas, pois não há discussões que possibilitem o avanço no desenvolvimento das ações e na prevenção dos problemas crônicos. Entretanto, apesar da reincidência das indagações, nota-se que a prioridade para todas as categorias no Conselho é a atenção básica, que prevê o mínimo de assistência necessária à população, de acordo com o que está orientado nas diretrizes do SUS.

Os *comentários* se constituem na sexta forma de participação do Conselho, com 22 manifestações – 8% das 267. Desses comentários, 15, ou seja, 68%, foram manifestados pelo presidente do Conselho e incluem assuntos diversos, pertencentes ou não à pauta da reunião. Desse modo, esse indicador revela outra forma de participação do presidente do Conselho, considerando que os comentários abrangem informações que podem ou não fazer parte da reunião, pois não constam da pauta. Assim, constatou-se que tais assuntos evidenciam o andamento da reunião, expressando preocupações sobre quem esteve presente ou não na plenária, a participação de vereadores e outros visitantes na reunião, os anúncios sobre a inauguração de serviços disponibilizados pelos hospitais, a participação de conselheiros em eventos dentro ou fora do município, reuniões do gestor com coordenadores de projetos como o PSF, a referência do município para os hospitais da região, a contratação de pessoal, entre outros. Esse indicador é expresso nas pautas das reuniões como “notícias” da Secretaria de Saúde, revelando um tópico da reunião, em vez de uma forma de participação instituída.

Outro indicador que identifica uma forma de participação é o *aviso*. A participação na forma de aviso, apresentada na Tabela 3, ocorre quatro vezes, ou seja, 1,5% do total. Esses avisos são apresentados pelos representantes da gestão e dos prestadores de serviços. Os avisos enunciados pelo representante da gestão constituem-se de informações sobre datas de campanhas, como as de vacinação, de coleta seletiva de lixo, de combate à dengue, etc. Por sua vez, os conselheiros prestadores de serviços emitem avisos sobre os plantões dos hospitais e a falta de espaço nessas instituições para atender toda a demanda do SUS. Essas informações, que são comunicadas ao Conselho na forma de avisos, revelam pontos importantes da política de saúde do município e do próprio SUS, que é o controle dos serviços contratados. A partir da análise desses dois indicadores, que

representam 9,5% das participações, constatou-se que eles não constam da pauta e, muitas vezes, acabam se esgotando na mesma reunião em que foram apresentados, não retornando à plenária.

As *medidas* são outra forma de participação dos conselheiros nas reuniões, ocorrendo 11 manifestações, ou seja, 4% do total de 267. As medidas constituem-se de adequações que, apesar de não serem estruturadas, ou seja, apresentadas como propostas para deliberação ou não, são consideradas como modos de corrigir falhas no sistema. Essas falhas referem-se à dinâmica do próprio Conselho, como cobrar a presença dos conselheiros nas reuniões, solicitar a presença de técnicos (especialmente o contábil) da prefeitura para esclarecimentos e substituir conselheiros. Essas medidas estão relacionadas com as áreas de infra-estrutura, como as mudanças físicas dos serviços de saúde; de planejamento e gerenciamento, incluindo formação de comissões para acompanhar negociações com o prefeito, que têm o objetivo de agilizar a implementação de projetos (como o de Melhorias Sanitárias), formação de comissões para participar de conferências estaduais, terceirização de serviços (como pequenas cirurgias, esterilização de materiais e lavanderia), consultas ao Conselho Estadual e cortes de despesas; e de recursos humanos, como contratação de pessoal.

De modo semelhante, constituem uma forma de participação as *sugestões*, manifestadas em nove participações, 3% das 267. As sugestões são apresentadas, na maioria das vezes, pelo secretário de saúde, constituindo-se na captação de recursos através de projetos considerados pertinentes à política de descentralização das ações. A descentralização é um dos itens constantes na política do SUS, a qual orienta que os municípios tenham maior autonomia político-administrativa e na alocação dos recursos financeiros. As sugestões envolvem as áreas da assistência, com propostas para adoção de técnicas que melhorem a administração da oferta de atendimento, como a criação de protocolos para as consultas especializadas e conscientização da população sobre as limitações dos serviços. A participação por sugestão se localiza, ainda, na área da infra-estrutura, como instalações de postos de saúde; e do planejamento e

gerenciamento, como propostas de avaliação das metas do ano e modificações no sistema de licitação de materiais.

A exposição de *resultados* constitui outra forma de participação, ocorrendo oito vezes, o que corresponde a 3% do total de 267. Esses valores demonstram que a frequência de ocorrência de resultados é muito inferior à dos esclarecimentos; eles são apresentados, exclusivamente, pelo gestor, constituindo-se de dados sobre as propostas elaboradas nas conferências realizadas, resultados de campanhas de vacinação, de projetos como o “Desentulha Ponte Nova”, da distribuição de medicamentos nos postos, e o relatório de gestão, com um demonstrativo das ações e dos recursos empregados no ano a que se refere.

Por fim, identificou-se que as *denúncias*, como forma de participação, ocorreram apenas quatro vezes (1,5% do total de 267). Essa ocorrência, deve-se destacar, é um dos menores percentuais de participação. As denúncias são proferidas, na maioria das vezes, pelos representantes dos usuários, sendo registrada uma participação dos membros prestadores de serviços. O conteúdo das denúncias que foram apresentadas pelos membros da categoria dos usuários constitui-se de irregularidades no atendimento prestado pelos hospitais, no uso dos veículos da Secretaria de Saúde e as condições desumanas a que estão submetidas algumas famílias. Por sua vez, os prestadores denunciam as irregularidades no processo de descentralização de clínicas especializadas, pois, neste caso, os profissionais envolvidos fazem parte do quadro de funcionários dessas instituições, que também ofertam esse tipo de atendimento

Tabela 4 - Indicadores de participação dos membros, por categoria, no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005

Categorias		Indicadores											Total
		Esclarecimento	Deliberação	Proposta	Indagação	Comentário	Medida	Sugestão	Resultado	Reclamação	Denúncia	Aviso	
Gestores													
2003	2°	25	13	7	3	8	2	0	4	0	0	0	62
2004	1°	22	16	5	0	5	3	0	3	0	0	0	52
	2°	19	13	4	1	2	2	0	1	0	0	3	47
2005	1°	23	17	9	0	0	1	4	0	0	0	0	54
Subtotal		89	59	25	4	15	8	4	8	0	0	3	215
Trabalhadores													
2003	2°	0	13	0	1	1	0	0	0	0	0	0	15
2004	1°	0	16	0	0	1	0	1	0	0	0	0	16
	2°	1	13	0	1	3	0	0	0	0	0	0	20
2005	1°	0	17	0	2	0	0	0	0	0	0	0	19
Subtotal		1	59	0	4	5	0	1	0	0	0	0	70
Prestadores													
2003	2°	0	13	0	5	1	0	2	0	0	0	1	22
2004	1°	0	16	0	2	0	1	0	0	0	0	0	17
	2°	1	13	1	0	0	0	1	0	0	0	0	18
2005	1°	0	17	1	0	0	0	0	0	0	1	0	19
Subtotal		1	59	2	7	1	1	3	0	0	1	1	76
Usuários													
2003	2°	0	13	2	1	0	1	0	0	3	0	0	20
2004	1°	0	16	0	3	0	0	0	0	2	1	0	20
	2°	0	13	0	2	1	0	1	0	0	1	0	20
2005	1°	0	17	0	3	0	1	0	0	1	1	0	23
Subtotal		0	59	2	9	1	2	1	0	6	3	0	83
TOTAL		91	236	29	24	22	11	9	8	6	4	4	444

Para complementar as informações da Tabela 3, a Tabela 4 apresenta a participação dos membros de acordo com as categorias de conselheiros, constatando-se, inicialmente, que a categoria que mais participa é a dos gestores, pois eles tiveram 215 participações (48%, no total de 444). Conforme apresentado no Gráfico 1, as principais formas de participação dos gestores nas reuniões é por esclarecimentos, nas deliberações, que são comuns a todos os representantes, e nas propostas. Como é possível esperar do comportamento dos gestores, não houve a ocorrência de reclamações e de denúncias, pois, usualmente, esses representantes não reclamariam ou denunciariam, publicamente, o próprio trabalho administrativo. Com relação aos demais indicadores de participação, constatou-se que, durante o período estudado, os gestores não tiveram tanta participação quanto nos dois indicadores anteriores, ou seja, nos esclarecimentos e nas propostas, evidenciando a tendência dos gestores em assumir uma posição de liderança, direcionando a reunião. Isso evidencia o poder do gestor com relação aos demais membros, por deter o conhecimento sobre a política e pela posição que ocupa na hierarquia do Conselho, através do cargo de presidente.

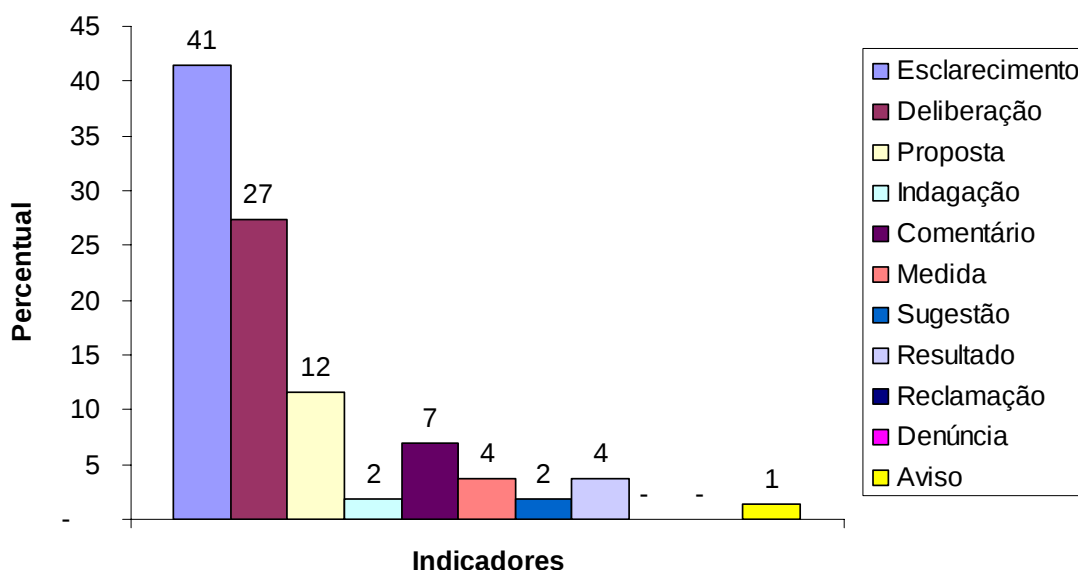


Gráfico 1 - Percentual dos indicadores de participação dos representantes dos gestores no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005.

A categoria dos trabalhadores da saúde teve 70 participações nas reuniões (16% no total de 444); o maior índice registrado foi o das deliberações, 84%, conforme demonstrado no Gráfico 2. Cabe lembrar que essa forma de participação ocorre de maneira igual para todas as categorias, uma vez que as deliberações acontecem por meio de votação, em que participam todos os representantes presentes na plenária. Assim, a diferença na participação por deliberação, entre as categorias, é a presença nas reuniões. Entretanto, os trabalhadores não participaram por meio de apresentação de propostas, propondo medidas, expondo resultados, fazendo reclamação, denúncia e comunicando avisos; e, manifestaram uma participação por esclarecimentos e sugestões durante todo o período do mandato (dois anos).

Quanto aos indicadores indagação e comentário, identificou-se que eles expressam o verdadeiro modo de participação dessa categoria, pois ocorreram com mais frequência. Considerando-se que a participação desses representantes

nas reuniões é muito pequena, os dados revelam duas tendências: primeiro, a condição de eles dividirem um espaço de discussões com os seus superiores na hierarquia administrativa do setor pode inibir muitos comentários por parte desses representantes. Em segundo lugar, associado ao fato de a área de recursos humanos estar bastante envolvida nas discussões por parte dos representantes dos usuários, pelas reclamações, pode-se inferir que essa situação, também, pode inibir uma participação mais efetiva desses membros.

Para complementar essas constatações, Carvalho (1998) afirma que é grande, portanto, a capacidade dos governos em esvaziar essas discussões, seja tomando decisões “por fora” dos conselhos, seja desmobilizando-os, retirando-se deste espaço ou indicando para representantes nos conselhos trabalhadores pouco representativos, com grande rotatividade e, ou, com pouca capacidade de tomar decisões.

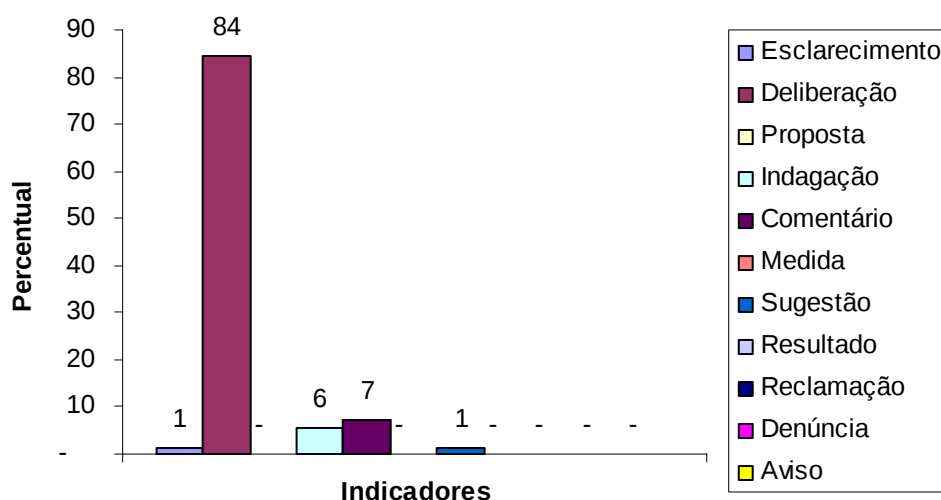


Gráfico 2 - Percentual dos indicadores de participação dos representantes dos trabalhadores da saúde no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005.

Com relação à categoria dos prestadores de serviços, eles se envolveram em 76 participações, ou seja, 17% do total das 444. Dessas participações, constatou-se que 59 (77%) ocorrem por meio de deliberações. Para melhor compreensão, os dados apresentados no Gráfico 3 demonstram que essa categoria, basicamente, participa fazendo indagações e que estas ocorreram, com mais frequência, durante o primeiro semestre de 2003, identificando a forma de participação dessa categoria. Por outro lado, constatou-se que os prestadores não apresentam resultados e não fazem reclamações. Portanto, identificou-se que o conteúdo das perguntas feitas pelos prestadores expressa os interesses próprios da instituição que eles representam, pois envolvem problemas que os atingem diretamente, como, por exemplo, treinamento de funcionários do SUS, teto para internações, etc.

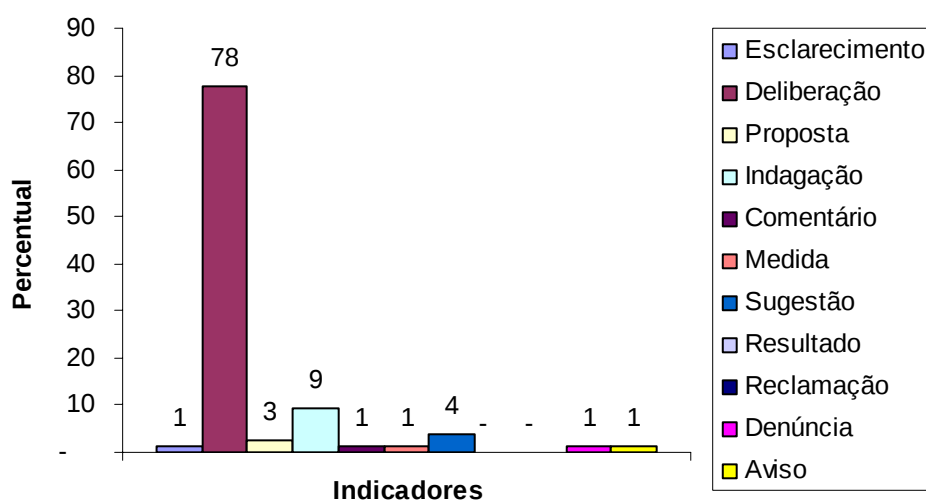


Gráfico 3 - Percentual dos indicadores de participação dos representantes dos prestadores de serviços no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005.

Quanto à categoria dos usuários, constatou-se que se envolveram em 83 participações (18% do total das 444). Essas participações ocorrem, principalmente, por meio de deliberações, representando 71% da participação, porém cabe lembrar que todos os membros das categorias presentes deliberam igualmente. Entretanto, a forma que identifica, realmente, a participação dos usuários nas reuniões são as indagações e as reclamações, pois ocorreram com maiores índices. No entanto, os usuários não participam expondo esclarecimentos, apresentando resultados e comunicando avisos, conforme os dados demonstrados no Gráfico 4, o que poderia ser considerado óbvio, se não fosse legítimo dessa instância a participação na gestão administrativa e dos recursos financeiros e no direcionamento das ações da política de saúde do município. Desse modo, os usuários poderiam participar das mais variadas formas no Conselho.

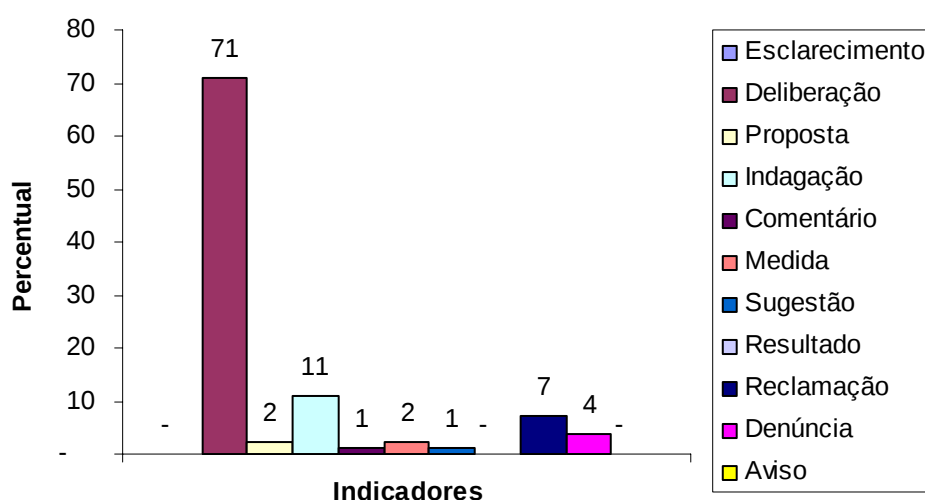


Gráfico 4 - Percentual dos indicadores de participação dos representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005.

Considerando as tendências identificadas nos Gráficos 1, 2, 3 e 4, constatou-se que o diferencial no percentual de participação entre as categorias não é o período, e sim o indicador. Dessa forma, os indicadores demonstram uma diferença significativa na participação dos gestores, ou seja, 48% do total das 444, com as demais categorias representando os 52% restantes. Essas diferenças percentuais, além de demonstrarem o envolvimento das categorias nas assembleias, revelam particularidades sobre as formas pelas quais elas mais participam e os conteúdos manifestados.

No tocante aos gestores, eles participam mais por meio de esclarecimentos e propostas, considerando que as deliberações não revelam a participação isolada de qualquer categoria, pois ocorrem igualmente entre os presentes na plenária. Os esclarecimentos têm por objetivo responder as questões da reunião anterior, as quais se referem, principalmente, aos problemas localizados na implementação dos projetos, como, por exemplo, as instalações dos serviços e os equipamentos. Do mesmo modo, as propostas são voltadas para implantação de serviços no município e têm o objetivo de corrigir distorções nos processos de implementação dessas ações. De acordo com os dados, a área que demonstra ser o foco, tanto das propostas como dos esclarecimentos, é a da infra-estrutura, a qual se refere às condições dos locais de atendimento e dos equipamentos.

Quanto aos trabalhadores na saúde, a principal forma de participação deles é por indagação e comentário. As indagações referem-se a problemas como a falta de medicamentos, os processos de licitação, os agendamentos de consultas especializadas e o funcionamento dos serviços com a implantação da política de descentralização. Isso revela a dificuldade desses funcionários no atendimento aos usuários, especialmente no que diz respeito a dar informações sobre o SUS à população. Assim, a plenária do Conselho, pela forma de participação dessas categorias, demonstra ser um local de discussão de problemas individuais de cada representante, na tentativa de encontrar soluções imediatas. Essa realidade revela alguns dos obstáculos na implementação do Conselho como uma arena democrática, que possibilite ampliar as discussões sobre os problemas da saúde

no município, assim como integrar as categorias representadas, atuando, especificamente, no controle político-administrativo da gestão do SUS.

Os prestadores de serviços participam da reunião por meio de indagações, que mostram os seus interesses quanto à administração dos recursos humanos, incluindo, principalmente, treinamento e capacitação de funcionários e a provisão de materiais de consumo. Esses interesses apontam para o fato de que tanto a falta ou a desqualificação de recursos humanos quanto a deficiência na provisão dos materiais de consumo podem influenciar, diretamente, o controle dos serviços contratados. Por isso, se os postos de saúde ou serviços de pronto-socorro não estiverem atendendo a sua demanda, esta, provavelmente, chegará à porta dos hospitais, causando a extrapolção dos tetos, que resulta em dívida do Estado com os prestadores. Essas dívidas, também, são outra questão que preocupa os prestadores e que gera questionamentos no sentido de buscar medidas que possam diminuir sua ocorrência. Desse modo, identificou-se que os prestadores corroboram a atuação dos conselheiros na defesa de interesses próprios de sua categoria.

No que se refere aos usuários, as formas de participação que obtiveram os maiores índices, conforme os dados da Tabela 4, foram as indagações e as reclamações. Os questionamentos dos usuários à gestão – que aparecem constantemente – dizem respeito à demora na implementação de projetos, como o de Melhorias Sanitárias e o Desentulha Ponte Nova; às dificuldades nos processos de licitação para suprir os materiais necessários ao atendimento à população nos serviços, como distribuição de medicamentos; e à contratação de pessoal. Quanto às indagações, constatou-se que ao final do mandato, no primeiro semestre de 2005, os usuários diversificaram mais as áreas de interesse, questionando, inclusive, sobre o saldo disponível no Fundo Municipal de Saúde e sobre as classes representadas no Conselho, visto a aproximação da eleição. As reclamações correspondem ao atendimento nos postos de saúde quanto à atuação de funcionários; à demora no conserto de equipamentos quebrados e aquisição de outros; e à deficiente comunicação entre os conselheiros.

A partir dessas informações, constatou-se que essas formas de participação permitem identificar que não ocorre um debate mais amplo no sentido de efetivar a função do Conselho de atuar na formulação e controle da execução da política de saúde e de desenvolver mecanismos de coordenação do SUS. Cabe destacar que essas atribuições são previstas pela Resolução nº 33 do Conselho Nacional de Saúde, que estrutura os conselhos nas esferas estadual e municipal. Partindo do pressuposto de que o Conselho se constitui em uma instância legítima para o exercício do controle social, pode-se inferir que o cumprimento dessa função requer, também, conhecimento sobre o SUS por parte dos conselheiros. Portanto, os dados analisados nesta pesquisa – que caracterizam as formas de participação dos membros do Conselho e os conteúdos dessas participações – revelam algumas deficiências com relação aos níveis de informações que esses representantes apreendem sobre o sistema político da saúde, no qual estão inseridos. Quanto à categoria dos gestores, por exemplo, a postura de liderança diante da reunião plenária, dentro do espaço democrático que ela ocupa, demonstra que esses representantes detêm mais informações sobre o funcionamento da política municipal de saúde e sobre o SUS. Desse modo, por meio das formas de participação dos representantes nas reuniões, pode-se constatar que há discrepâncias com relação ao nível de informações sobre o funcionamento do SUS entre as categorias representadas no Conselho. Essa constatação revela uma das dificuldades no processo de consolidação do controle social, razão pela qual acabam colaborando para que o Conselho não seja implementado conforme as diretrizes dessa política. Tal situação pode revelar um dos obstáculos à implementação do Conselho.

Os representantes dos trabalhadores na saúde mantiveram, conforme ilustrado no Gráfico 2, uma participação mínima com relação aos indicadores estabelecidos nesta pesquisa. Considerando que os indicadores com maiores índices de participação da categoria foram as indagações e os comentários e o enfoque dado foi para a resolução de problemas emergenciais, identificou-se que os trabalhadores detêm pouco conhecimento sobre a política do SUS, o funcionamento dos serviços e os projetos nos quais atuam como funcionários.

Uma sugestão para essa situação é a capacitação dessa categoria, de modo que permita aproximar os trabalhadores da saúde da população usuária, pois muitas das reclamações apresentadas na plenária referem-se a queixas sobre o atendimento ao público, como falta de informações mais objetivas, reconhecimento das necessidades da população, entre outros.

Com relação à categoria dos prestadores de serviços, pode-se notar que a forma de participação predominante foi por meio de indagações, sendo estas decorrentes, exclusivamente, de interesses de suas instituições. Esses interesses revelaram temas como dívidas do Estado com as instituições, credenciamentos, protocolos para controle do atendimento via SUS, etc. Dessa forma, pode-se inferir que os prestadores têm maior conhecimento das necessidades das suas instituições e menos conhecimento da população a quem devem atender pelo estabelecimento de convênios com o SUS. Portanto, uma sugestão para tal situação é a capacitação dessa categoria, que, além de ampliar o conhecimento sobre a política do SUS, pode adquirir informações sobre o funcionamento e as atribuições do Conselho.

No que se refere à categoria dos usuários, eles participam por meio de indagações e reclamações, que se concentram em áreas que atingem diretamente o atendimento. Essas áreas, como infra-estrutura, recursos humanos e materiais de consumo, demandam questões que, freqüentemente, retornam à plenária, demonstrando as dificuldades de encontrar respostas. Por sua vez, essas dificuldades acabam revelando a falta de conhecimento por parte dos representantes dos usuários para buscar respostas e resoluções em outras instâncias, na saúde, que não o próprio gestor, já que as questões são dirigidas, na maioria das vezes, a ele. Portanto, aos usuários pode-se sugerir que eles ampliem seus conhecimentos sobre o funcionamento da política do SUS em todas as esferas, municipal, estadual e federal, assim como do próprio Conselho.

Desse modo, as assimetrias do saber e do acesso ao poder e às informações colocam os conselheiros que representam a sociedade civil numa grande dependência das informações, dos recursos materiais e da “boa vontade” do governo (CRUZ, 2002). Assim, identificou-se que a ausência de capacitação e

o poder do gestor, revelado pelo nível de informações que ele detém, demonstrado por meio dos esclarecimentos prestados por esta categoria (Tabela 4), resultam em obstáculos à implementação da política do Conselho e à consolidação do controle social do SUS. Essa realidade acarreta distorções no modo pelo qual os conselheiros participam da reunião plenária.

7. ESTRUTURA DOS PROGRAMAS E PROJETOS IMPLANTADOS NO MUNICÍPIO DE PONTE NOVA - MG

Este capítulo teve por objetivo analisar os componentes dos programas e projetos deliberados pelo Conselho, assumindo que essa concepção é condicionante para a consolidação das suas ações junto aos usuários do sistema. Para isso, é necessário definir programa e projeto. Para Wholey et al. (1976), um programa federal é definido pela origem dos seus recursos e direção administrativa, para realizar um conjunto de objetivos prescritos através da condução de atividades específicas. Ainda, conforme Owen e Rogers (1999), um programa possui dois componentes essenciais: um plano documentado e um plano de ação. Por sua vez, um projeto é o nível de implementação de um programa, ou seja, o nível em que os recursos são usados (entre local, estadual e federal) para produzir um produto final, que contribui diretamente para os objetivos do programa. Portanto, um programa advém de diretrizes políticas, em nível federal, constituindo-se em um planejamento para as ações que serão desenvolvidas em nível local (estado ou município) na forma de projetos.

Para análise dos programas e projetos implementados no município, foram identificados, de acordo com o Quadro 6, os seguintes componentes organizacionais quanto à concepção desses programas: *definição; estrutura e organização* em termos de conteúdo descrito – se possui objetivos, metas, ações e justificativa; *implementação* – como é colocado em prática e se tem condições

de sustentabilidade; *monitoramento*; e *avaliação* – se consta como componente de reorganização do programa. Todos esses componentes foram analisados a partir dos documentos encontrados nos arquivos de projetos da Secretaria de Saúde do município; portanto, os dados referem-se aos planos de ação municipal.

Quadro 6 - Descrição dos programas e projetos implantados no município de Ponte Nova - MG, conforme plano de ação municipal, no período de julho de 2003 a junho de 2005

DEFINIÇÃO DOS PROGRAMAS E PROJETOS	ORIGEM DOS RECURSOS	ANO DE IMPLEMENTAÇÃO	ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO	IMPLEMENTAÇÃO	MONITORAMENTO E/OU AVALIAÇÃO
Programa Saúde da Família – PSF e Programa de Agentes Comunitários – PACS	federal e municipal	2002	OBJETIVOS METAS AÇÕES JUSTIFICATIVA	NÃO	NÃO
Programa Saúde em Casa	estadual	2005	DEFINIÇÃO OBJETIVOS	NÃO	SIM
Programa Viva Vida	estadual	2004	DEFINIÇÃO OBJETIVOS METAS AÇÕES JUSTIFICATIVA	NÃO	NÃO
Pró-Hosp	estadual	2004	DEFINIÇÃO OBJETIVOS METAS JUSTIFICATIVA	NÃO	NÃO
Programa Estadual de Combate à Dengue	estadual federal municipal	2002	OBJETIVOS METAS AÇÕES JUSTIFICATIVA	NÃO	NÃO
PAM – Plano de Ações e Metas	federal municipal	2004/2005	DEFINIÇÃO METAS AÇÕES	NÃO	NÃO
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial	federal municipal	2004	OBJETIVOS METAS AÇÕES JUSTIFICATIVA	NÃO	NÃO
Melhorias Sanitárias	federal (Funasa) municipal	2004	AÇÕES	NÃO	NÃO
Desentulha Ponte Nova	federal (Funasa) municipal	2002	AÇÕES	NÃO	NÃO

De acordo com as informações apresentadas no Quadro 6, os programas e projetos, deliberados pelo Conselho, são estruturados pelos componentes

organizacionais. Pela concepção, essas intervenções seguem os pressupostos da descentralização do SUS, constituindo-se em estratégias para consolidar as diretrizes dessa política.

Mais especificamente, o Programa Saúde da Família – PSF e o Programa de Agentes Comunitários – PACS, implementado no município em 2002, consistem em estratégias de reordenação dos serviços de saúde que priorizam as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Essa estratégia está estruturada a partir de uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada. Para complementar as ações do PSF, os agentes comunitários do PACS são pessoas da comunidade que estão preparadas para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e também da saúde da comunidade.

No que se refere à concepção dos programas PSF e PACS, ambos possuem conteúdos definidos, englobando objetivos, metas, ações e justificativa. Trata-se de programas voltados para o cuidado da família, no cotidiano de suas atividades (domicílio, escola, trabalho e lazer), considerando, primordialmente, o sistema social em que o indivíduo está inserido. Entretanto, apesar de os programas serem desenvolvidos de forma regionalizada, devendo ser adaptados à realidade local, suas estruturas não explicitam como as ações devem ser introduzidas. Dessa forma, constatou-se que não há, nos programas, dados sobre a implementação, ou seja, se eles têm condições de serem mantidos. Por sua vez, os programas não prevêm o monitoramento, exceto pelo requisito de educação continuada, que não está suficientemente estruturado para dar sustentabilidade à proposta. Portanto, é atribuição do Estado e município o acompanhamento, e a fiscalização fica sob a responsabilidade do Conselho, porém nos programas não consta como isso deve ser colocado em prática. O PSF e PACS não incluem uma concepção *a priori* sobre monitoramento e, conseqüentemente, não indicam sustentabilidade. Quanto à avaliação, não está estabelecida como componente para reorganização do programa.

O Programa Saúde em Casa, implementado em 2005, consiste em estratégias para potencializar as ações do PSF. A base deste programa é a estrutura do PSF, que será ampliada e melhorada, tornando-se referência em termos de programa de atenção à população. As ações ocorrem por meio do repasse de recursos, que será pela quantidade de equipes de PSF que estiver atuando no município. Em termos de conteúdo, apesar de definir os objetivos, o programa não possui metas, ações e justificativa; conseqüentemente, não prevê como as atividades devem ser organizadas. Quanto à implementação, não há identificação e definições de como as ações serão implementadas; como conseqüência, não indica possibilidade de sustentabilidade. Conceitualmente, a avaliação e o monitoramento se expressam por meio de uma certificação anual feita pelas respectivas Diretorias Regionais de Saúde, avaliando a melhoria da qualidade da assistência prestada. Por isso, a avaliação não se insere como componente para reorganização do programa.

Com relação ao Programa Viva Vida, implementado no município em 2004, ele é definido como programa de redução da mortalidade infantil e materna. As ações do programa ocorrem por meio do fortalecimento da rede de atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, desde a atenção básica, incluindo equipes do PSF, passando pelos hospitais, que realizam os partos, e outros setores de média e alta complexidade (como UTI neonatal). Assim, identificou-se que as ações do programa estão centradas no indivíduo e no sistema social em que ele está inserido, visando, principalmente, a redução da taxa de mortalidade infantil e materna. Com relação aos componentes, o programa possui objetivos, metas, ações e justificativa; no entanto, a sua vulnerabilidade está na implementação, pois não fornece dados de como as ações devem ser colocadas em prática e da capacidade de sustentabilidade. Por outro lado, não consta na concepção do programa como o monitoramento e a avaliação devem ocorrer.

Definido como programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG, o Pró-Hosp, implementado nos hospitais¹⁵ do município em 2004, tem por finalidade consolidar a política de regionalização da saúde em Minas Gerais para a área hospitalar. Constatou-se que o programa está centrado na instituição, visando, primeiramente, o planejamento por meio de ações regionalizadas, conforme divisão territorial do Estado. Em segundo lugar, o programa prioriza a qualidade da assistência através do cumprimento de várias determinações nas áreas da administração hospitalar, de recursos humanos, da assistência e de vigilância sanitária e epidemiológica. Quanto aos componentes de estruturação, o Pró-Hosp possui objetivos, metas e justificativa; entretanto, ele não aponta como as ações devem ser colocadas em prática, pois não inclui na sua concepção dados sobre a implementação e o monitoramento e não considera a avaliação como componente para reorganizar as ações.

Quanto ao Programa Estadual de Combate à Dengue, ele foi implementado em 2002, tendo como proposta garantir assistência adequada aos pacientes infectados e, conseqüentemente, reduzir a letalidade das formas graves da doença. Ele desenvolve sua ação por meio da supervisão, organização do serviço, melhoria na qualidade da assistência e elaboração de planos de contingência no Estado e nos municípios para fazer frente ao risco da ocorrência de epidemias e de letalidade nos casos de dengue clássica e hemorrágica. Constatou-se que suas ações estão centradas no indivíduo, com relação à prevenção e redução da infestação predial pelo agente transmissor da doença. Com relação aos componentes, o programa possui objetivos, metas, ações e justificativa, mas não explicita como as ações devem ser colocadas em prática, pois não oferece dados sobre a implementação na sua concepção. Dessa forma, o programa não prevê a sustentabilidade e o monitoramento de suas atividades e não utiliza a avaliação como possibilidade de mudar o curso das ações em andamento.

¹⁵ Os hospitais prestadores de serviços do SUS no município são: Hospital Nossa Senhora das Dores e Hospital Arnaldo Gavazza Filho.

No tocante ao Plano de Ações e Metas – PAM, elaborado para implementação em 2004 e 2005, é definido como política de financiamento das ações em HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), com transferência fundo a fundo na forma de incentivo. O PAM é centrado no indivíduo e no seu contexto social, por meio de ações para a prevenção e o controle da transmissão das doenças que ele engloba. Assim, em termos de conteúdo, inclui definição, metas e ações. Por sua vez, não há na sua concepção objetivos, implementação, monitoramento e avaliação; assim, conseqüentemente, não fornece dados sobre a sustentabilidade das atividades e não considera a avaliação como componente para reorganização das ações.

Quanto ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, implementado no município em 2004, ele não possui definição, porém é caracterizado em função de seu objetivo geral. O CAPS tem como objetivo trabalhar em conformidade com as diretrizes da reforma psiquiátrica, humanizando o tratamento, evitando-se, assim, internações, na maioria das vezes, desnecessárias. Portanto, por meio de atendimentos com equipe multidisciplinar, pretende-se com essa proposta reinserir socialmente o “louco” na comunidade. O CAPS possui centralidade no indivíduo, através de ações preventivas, curativas e reabilitadoras de combate às crises agudas decorrentes de transtornos mentais; e no sistema social em que ele está inserido, atuando em conjunto com as equipes de PSF. Quanto ao conteúdo, o projeto possui objetivos, metas, ações e justificativa, entretanto não inclui na sua concepção a implementação como componente que possibilita direcionar como as ações serão praticadas e a sustentabilidade da proposta. Com relação à avaliação, esta não é considerada como meio de mudar as ações em curso.

O projeto de Melhorias Sanitárias, que foi implementado em 2004, faz parte de um convênio firmado com os governos estaduais e municipais e a Funasa – Fundação Nacional de Saúde, para investimentos em saneamento ambiental no processo de inclusão social dos brasileiros. Cabe destacar que os recursos para desenvolvimento desse projeto chegaram ao município em 2001 e 2002 (foram firmados dois convênios, o primeiro em 2001 e o segundo em 2002), porém as ações tiveram início somente no ano de 2004. Os recursos que

são liberados por meio desse convênio podem ser aplicados em obras de abastecimento de água, saneamento, esgotamento sanitário, melhorias sanitárias domiciliares, sistema de drenagem, tratamento de resíduos sólidos e melhorias habitacionais para o controle da doença de chagas. Na realidade, o convênio firmado para o município de Ponte Nova, conforme projeto da Funasa, refere-se à implantação de melhorias sanitárias, por meio da instalação de módulos sanitários¹⁶. Quanto ao seu conteúdo, o projeto possui ações definidas pela construção, em prazo determinado pelo convênio, desses módulos sanitários. O projeto não revela dados sobre a implementação, e a avaliação não é considerada como componente para reorganização das ações.

Por fim, o projeto Desentulha Ponte Nova, implementado em 2002, é definido como uma das ações que compõem o programa municipal de combate à dengue. Esse projeto consiste de ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social. Essas ações se constituem de capina de lotes vagos, orientações dirigidas a imóveis especiais (como escolas, unidades de saúde, hospitais, creches, igrejas, comércio e indústria), organização do dia nacional de mobilização contra a dengue (23 de novembro), reuniões em comunidades realizadas pelo PSF/PACS e divulgação na mídia local sobre o combate à dengue, para fomentar a mudança de comportamento para prevenção da infestação do mosquito agente transmissor (*Aedes aegypti*). Quanto à estrutura, possui ações, não fornece dados sobre a implementação e a avaliação e não é considerada instrumento de mudança no curso das ações.

Um programa que tem como foco a mudança de um modelo assistencial em saúde, se não puder ter continuidade em suas ações e se estas não forem intensificadas para alcançar os objetivos propostos, pode ser sinal de que a política que o sustenta esteja desvinculada do problema em questão. Assim, constatou-se que todos os programas e projetos analisados no Quadro 6 não consideraram na sua concepção as condições existentes para que as atividades sejam mantidas, haja vista a ausência do componente implementação. Do mesmo

¹⁶ Esses módulos sanitários referem-se a banheiros completos, com vaso sanitário, descarga, chuveiro, caixa-d'água, uma pia e um tanque, que são instalados em área externa.

modo ocorre com os componentes monitoramento e avaliação, que, quando utilizados sistematicamente, podem fornecer aos tomadores de decisão informações para mudanças no curso das ações em andamento.

Para complementar as informações, a Tabela 3 apresenta os dados sobre a frequência com que os programas e projetos foram discutidos nas reuniões do Conselho.

Tabela 5 - Frequência de discussão dos programas e projetos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova - MG, no período de julho de 2003 a junho de 2005

PROGRAMAS/ PROJETOS	2° sem. 2003	1° sem. 2004	2° sem. 2004	1° sem. 2005	TOTAL
PSF – PACS	2	9	0	9	20
CAPS	6	3	2	1	12
Melhorias Sanitárias	7	0	1	1	9
Desentulha Ponte Nova	3	2	0	1	6
PAM	0	2	2	0	4
Viva Vida	0	0	2	0	2
Pró-Hosp	0	0	1	0	1
Combate à Dengue	0	0	1	0	1
Saúde em Casa	0	0	0	0	0
TOTAL	18	16	9	12	55

De acordo com os dados apresentados na Tabela 3, identificou-se um total de 267 participações dos membros nas reuniões durante os dois anos de mandato; considerando que no mês de janeiro não há plenária, ocorreram, conforme

apresentado na Tabela 5, 55 discussões sobre os programas e projetos deliberados pelo Conselho. Portanto, 20% das participações foram utilizadas pelo Conselho para discussão das ações em andamento no município, considerando que a função de fiscalizar essas ações é atribuída ao Conselho, conforme as diretrizes da política do SUS.

O programa que mais motivou discussão no Conselho foi o PSF – PACS, utilizando 36% das discussões. O que mais se discute sobre PSF são questões na área da infra-estrutura, como instalações novas e mudanças; recursos humanos, como contratações de profissionais médicos, treinamento e capacitação de pessoal, principalmente dos agentes comunitários; e materiais de consumo, como falta de medicamentos nos postos de saúde. A forma de participação a que se refere a maioria das discussões deste programa é a prestação de esclarecimentos pela categoria de governo, ou seja, pelo gestor, que é o presidente do Conselho.

Em seguida, outro projeto muito discutido nas reuniões foi o CAPS, totalizando 22% da demanda dos representantes. As questões mais veiculadas no Conselho sobre o CAPS referem-se à área da infra-estrutura, como instalações e equipamentos; e materiais de consumo, como medicamentos. A categoria que mais fala sobre o CAPS é o representante dos gestores; esta forma de participação se dá por esclarecimentos que são prestados para responder dúvidas surgidas nas reuniões anteriores.

O projeto de Melhorias Sanitárias representou 16% das discussões sobre as ações no Conselho. A área na qual se concentram as preocupações com relação a esse projeto é a do planejamento, como demora na execução das ações e distribuição dos recursos. No entanto, a categoria que mais participa das discussões sobre esse projeto é a dos gestores, o presidente do Conselho, na forma de esclarecimentos. Entretanto, constatou-se que esses esclarecimentos se caracterizam por explicações aos questionamentos de reuniões anteriores.

Em seguida, o projeto Desentulha Ponte Nova representou 11% das discussões, as quais se relacionaram à área do planejamento, como execução das ações e os resultados destas; e de recursos humanos, como contratação de

pessoal. As formas de participação identificadas foram os esclarecimentos, os comentários e a apresentação de resultados, feitos exclusivamente pelo gestor.

Outro projeto discutido nas reuniões do Conselho foi o PAM, totalizando 7% das discussões. As questões mais discutidas neste projeto referem-se à área do planejamento, como credenciamentos de prestadores de serviços para terceirização de exames diagnósticos laboratoriais e as propostas de gestão para os anos 2004/2005. No entanto, constatou-se que as propostas apresentadas tiveram deliberação na mesma reunião. Dessa forma, podem-se identificar duas tendências no comportamento do Conselho quanto à deliberação dessas propostas. Primeiramente, que as propostas estão sendo apresentadas de maneira suficientemente objetiva, facilitando a sua compreensão pelos representantes e, conseqüentemente, sua aprovação; em segundo lugar, as propostas são aprovadas em caráter de urgência, devendo, assim, ser deliberadas imediatamente. Isso pode ocorrer quando as propostas são apresentadas ao Conselho no limite do prazo para encaminhamento delas, seja ao Ministério da Saúde ou à Diretoria Regional de Saúde, que representa o Estado no município. Quanto à forma de participação dos conselheiros referente ao PAM, ocorreu por meio da apresentação de propostas, por parte do representante da gestão, e de deliberação, com a participação de todos os membros presentes na plenária.

O projeto Viva Vida foi outro programa apresentado nas reuniões do Conselho, representando 3% das discussões. Com relação a esse projeto, foram debatidas questões na área do planejamento, e a forma de participação ocorreu por meio da prestação de esclarecimentos. Esses esclarecimentos, referentes à proposta do programa, foram apresentados pelo gestor, presidente do Conselho.

Por fim, os programas Pró-Hosp e de Combate à Dengue representaram, cada um, 2% das discussões no espaço da plenária. Com relação ao primeiro, as questões discutidas referem-se à área do planejamento, sendo apresentadas na forma de esclarecimentos. Esses esclarecimentos, relativos à proposta do programa, foram prestados pelo gestor. Quanto ao Programa de Combate à Dengue, o debate ocorreu na área do planejamento, e a forma de participação identificada foi por meio da comunicação de aviso. Esse aviso, com o objetivo de

convidar a população a participar do dia “D” (dia de combate à dengue), que se refere a uma das ações desenvolvidas pelo programa, foi comunicado pelo gestor.

Dessa forma, identificou-se que os programas e projetos que foram debatidos nas reuniões pelos conselheiros estão sendo implementados no município em caráter obrigatório, por serem parte integrante da política do SUS. Para melhorar a compreensão, vale destacar que os conselheiros não participaram da elaboração e definição desses programas e projetos, visto que estes são levados para deliberação ou não do Conselho na fase de liberação dos recursos para a implementação. Essa situação se torna esperada, pois a maior parte dos programas e projetos é elaborada pelos governos federal ou estadual.

Owen e Rogers (1999) definem programas com uma intervenção planejada e dirigida, a partir das diretrizes de uma política, com o objetivo de realizar mudanças. Portanto, considerando a definição desses autores, os programas introduzidos no município se constituem em instrumentos da política, a fim de consolidar a descentralização do Ministério da Saúde. Isso ocorre com quase todos os programas, com exceção do Projeto de Melhorias Sanitárias e o Desentulha Ponte Nova, que se configuram por iniciativa do município. O primeiro constitui uma ação que, apesar de a sua implementação não ser obrigatória, é parte integrante da política do SUS. Esse projeto de construção de módulos sanitários é destinado aos municípios endêmicos em esquistossomose, tendo sido adotado pela Secretaria Municipal de Saúde. O projeto Desentulha Ponte Nova é outra ação vinculada ao Programa de Combate à Dengue que pode ou não ser implementada pelo município que o desenvolve.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos atores e fatores influenciam o processo participatório que tem lugar no Conselho Municipal de Saúde. Este trabalho focalizou as características estruturais dessa política de saúde, particularmente no que se refere a seu funcionamento e composição, e o modo como vêm sendo organizadas as ações desenvolvidas no município no tocante à sua concepção. Concepção essa que considerou como componentes de um programa a definição, a estrutura, a organização, a implementação, o monitoramento e a avaliação.

A Constituição Federal de 1988 garante a participação popular no direcionamento e gerenciamento das políticas do Sistema Único de Saúde – SUS. As políticas desenvolvidas a partir desses parâmetros têm obedecido a esses pressupostos em termos de constituição. Desse modo, a regra geral que orienta a composição dos conselhos favorece que os usuários da área da saúde possam ter mais influência na plenária. Assim, os conselhos de saúde devem ser paritários em termos de número de representantes de usuários, em relação aos demais segmentos participantes.

Ao analisar a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova, foram examinadas sua composição, constituição e dinâmica de funcionamento. Na área da saúde, o fórum participatório foi criado em meados da década de 1980, quando se iniciou também o processo de descentralização, que culminou no aumento da importância da esfera municipal da administração pública. Os

conselhos de saúde foram criados no início da década de 1990. Em Ponte Nova, o Conselho foi criado pela Lei Municipal 1.630, em 1991, e representou a institucionalização de um padrão de gestão descentralizada, que consolidava um modo legítimo de envolvimento de usuários nas instâncias participatórias.

A composição do Conselho obedece, em linhas gerais, às determinações legais, sendo a maior proporção de conselheiros da categoria dos usuários, o que resulta em maior influência desses representantes nas suas atividades. Portanto, os horários noturnos das reuniões, a existência de apoio técnico-administrativo (constatado pela presença de alguns técnicos nas reuniões) e o caráter público das reuniões são indicativos de que as atividades são organizadas levando em conta os interesses dos representantes dos usuários. No entanto, a análise dos conteúdos das participações, por meio da definição de indicadores que representam as várias formas de participação dos membros, demonstrou que o Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova, apesar de toda a estrutura e organização favorecer os interesses da coletividade, atua de maneira individualizada quanto aos assuntos debatidos. As propostas apresentadas na plenária, apesar de terem sido pouco discutidas, revelaram problemas que envolvem, de forma recorrente, as mesmas áreas, como a da infra-estrutura, da assistência, de materiais de consumo e de recursos humanos. Do mesmo modo ocorreu com os esclarecimentos prestados pelo representante da gestão, o presidente do conselho. Ao mesmo tempo, temas importantes – que muitas vezes envolvem credenciamentos e planejamentos – são discutidos de maneira informal por comentários e sugestões feitos ao final das reuniões, momento em que muitos conselheiros deixam a plenária. Essa dinâmica de funcionamento das reuniões revelou como ocorre a liderança no fórum de discussões. O representante da gestão, que é também o presidente do Conselho, participa das reuniões por meio de todas as formas de participação, com exceção do fato de não apresentar denúncias e não fazer reclamações; assim, acaba liderando os debates, pois apresenta a maioria das propostas e presta todos os esclarecimentos.

A estruturação dos programas e projetos deliberados pelo Conselho revelou que a fragilidade na concepção se localiza nos componentes de

implementação, monitoramento e avaliação, resultando na falta de acompanhamento, principalmente por parte dos conselheiros, das ações desenvolvidas no município. No entanto, essa fragilidade resulta no domínio por parte da gestão, quanto ao direcionamento das ações e, conseqüentemente, quanto à aplicação dos recursos, ou seja, na área do planejamento. Partindo do pressuposto de que os gestores detêm mais informações sobre o funcionamento da política de saúde do SUS, conforme revelado pelo modo com que participam das reuniões, e que os programas e projetos não estão sendo elaborados de modo a facilitar o entendimento e o acompanhamento pelos conselheiros, conclui-se que uma das maneiras, identificadas nesta pesquisa, para que se possa, diante dessa realidade, amenizar os obstáculos à implementação do Conselho é a capacitação, a qual deve ser permanente e ter suas diretrizes traçadas a partir dos resultados da pesquisa de avaliação de processo. Assim, a pesquisa de avaliação de processo será utilizada como estratégia para redefinir o curso de ações em andamento, como, por exemplo, na tentativa de corrigir algumas distorções identificadas por meio da análise desta pesquisa, que avaliou o processo do Conselho Municipal de Saúde de Ponte Nova.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AROUCA, S. *Controle social*. Rio de Janeiro: Radis, 2003.

BABBIE, E. The practice of social Research. – *The structure of inquiry*. 3ª ed. Belmont: Wadsworth Publishing Company, 1983. 551p.

BRASIL, *Constituição Federal de 1988* (Seção II – Da Saúde). Disponível em: <<http://www.culturabrasil.pro.br>>. Acesso em: 03/08/04.

BRASIL, *Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992*. Disponível em: <<http://www.cns.gov.br>>. Acesso em: 18/09/04.

BRASIL, *Lei nº 8.142 de dezembro de 1990*. Disponível em: <<http://www.cns.gov.br>>. Acesso em: 18/09/04.

BRASIL, *Lei nº 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. Diário Oficial (da República Federativa do Brasil), Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001. 344p.

BAQUERO, M. *Cultura política participativa e desconsolidação democrática*. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 28/01/06.

CAMPBELL, D.T.; STANLEY, J.C. *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa*. Tradução de Renato Alberto T. Di Dio. São Paulo: EPU, Ed. da Universidade de São Paulo, 1979.

CARVALHO, M.C.A.A. Participação social no Brasil hoje. In: – *Os movimentos sociais e a constituição de um espaço público no Brasil: reivindicação e construção da “participação popular”*. São Paulo: Instituto Polis, 1998. p. 171-206, n.2.

COHEN, E., FRANCO, R. *Avaliação de projetos sociais*. 5ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1993. p. 19-37.

CORREIA, M.V.C. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 164p.

_____, M.C.V. *Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. 280 p.

COSTA, R.C.R. *Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990*. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27/10/05.

COSTA, N.R.; PINTO, L.F. *Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 7 (4), p. 907-923.

COTTA, R.M.M.; MENDES, F.F., MUNIZ, J.N. *Descentralização das Políticas Públicas de Saúde: “do imaginário ao real”*. Viçosa: UFV, 1998. 148p.

CRUZ, M.C.M. *Desafios para o funcionamento eficaz dos conselhos*. São Paulo: Cepam, Faculdade Sudoeste Paulistano e Faculdade Tbiricá, 2002.

DATA SUS. *Localização geográfica de Ponte Nova – MG*. Disponível em: <<http://www.datasus.com.br>>. Acesso em: 10/09/04.

DATA SUS. *Divisão geográfica das zonas sanitárias rurais de Ponte Nova – MG*. Disponível em: <<http://www.datasus.com.br>>. Acesso em 10/09/04.

DRAIBE, S.M.; SPOSATI, A.; SILVA, P.L.B. *Descentralização e a municipalização da saúde*. Disponível em: <<http://www.comciencia.br>>. Acesso em: 26/08/04.

FIGUEIREDO, J.E.St. *Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2001.

FREEMAN, H.E.; BERNSTEIN, I.N. *Academic Entrepreneurial Research. The Consequences of Diversity in Federal Evaluation Studies*. New York: Russell Sage Foundation 1975. p. 1-31.

GAWRYSZEWSKI, V. *Reorganização dos serviços de saúde: algumas considerações acerca da relação entre a descentralização, autonomia local e a participação do cidadão*. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 26/09/04.

LUZ, M.T. *Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano*. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 23/03/06.

OLIVEIRA, J.M. *Novo prefeito, novo secretário de saúde e o desafio para os conselhos*. Disponível em: <<http://rnpsorocaba@hotmail.com>>. Acesso em: 20/01/05.

GOIÂNIA, Secretaria Municipal de Saúde. *Conselho Municipal de Saúde de Goiânia: Um instrumento no exercício do controle social*. Disponível em: <<http://www.goiania.go.gov.br/sms>>. Acesso em: 02/08/04.

MINAS GERAIS, Secretaria Municipal de Saúde de Ponte Nova, 2005.

OWEN, J.M.; ROGERS, P.J. *Program Evaluation. Forms and Approaches International edition*. London: SAGE Publications, Thousand Oaks, New Delhi, 1999, p. 1-62.

SANTOS, N.R. *Implantação e funcionamento dos conselhos de saúde no Brasil*. Disponível em: <<http://www.cns.gov.br>>. Acesso em 27/01/06.

SANTOS JUNIOR, O.A.; RIBEIRO, L.C.Q.; AZEVEDO, S. *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004, 288 p.

SPOSATI, A; LOBO, E. *Controle social e políticas de saúde*. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 15/02/06.

TEIXEIRA, Márcia. *Desenhos alternativos de incorporação e gestão do trabalho médico na SMS do Rio de Janeiro: as experiências dos hospitais*

Lourenço Jorge e Salgado Filho. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999, cap. 3.

WEISS, C.H. *Evaluation: methods for studying programs and policies*. 2ª ed. New Jersey: Prentice-Hall, Simon & Schuster/A Viacom Company, Upper Saddle River, 1972. 372p.

WHOLEY, J.S.; SCANLON, J.W.; DUFFY, H.G.; FUKUMOTO, J.S.; VOGT, L.M. *Federal evaluation of public programs. analyzing the effects of public programs*. Washington, DC: The Urban Institute, 1976. p. 22-27.