UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MÁRJORE SERENA JORGE

Saúde e desenvolvimento local: um estudo sobre o controle social do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto
2013

MÁRJORE SERENA JORGE

Saúde e desenvolvimento local: um estudo sobre o controle social do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Estudos sobre a Conduta, a Ética e a Produção do Saber em Saúde.

Orientador: Carla Aparecida Arena Ventura

Ribeirão Preto
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, PARA QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação da Publicação
Serviço de Documentação Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Jorge, Márjore Serena.
Saúde e desenvolvimento local: um estudo sobre o controle social do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto / Márjore Serena Jorge; orientador Carla Aparecida Arena Ventura - Ribeirão Preto, 2013.
183p. : Il

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo

1. Direitos humanos. 2. Conselho Municipal de Saúde. 3. Controle Social

FOLHA DE APROVAÇÃO

JORGE, Márjore Serena

Saúde e desenvolvimento local: um estudo sobre o controle social do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em ...../ ...../ .....

Banca Examinadora

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento _____Assinatura_____

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento _____Assinatura_____

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento _____Assinatura_____

DEDICATÓRIA

*Aos meus amados e queridos **pais,** pelo intenso incentivo, confiança e força para que eu conseguisse superar os desafios e limitações, proporcionando-me crescimento e amadurecimento!*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*A **Deus,** pela vida e saúde, obrigada, meu pai, por sempre iluminar a minha caminhada!*

*Quero agradecer imensamente a **todos** aqueles que, de algum modo, contribuíram para a realização deste estudo.*

*À minha amada **Mãe, Cláudia**, por me constituir, por me ensinar a confiar no amor de Deus. Sem a sua alegria tudo seria ainda mais difícil. Minha inspiração de viver, meu maior orgulho, o meu exemplo, sem os seus sacrifícios nada disso seria possível. Muito obrigada por cuidar de mim com todo esse maior amor. Eu te amo!*

*Ao meu amado **Pai, Rui**, obrigada por sempre me ensinar a ser cada dia melhor. Minha inspiração de viver, meu maior orgulho, o meu exemplo. Obrigada por todo sacrifício dedicado a mim. Eu te amo!*

*Ao meu querido irmão, **Palomar,** à minha avó **Nena,** e avó **Cida** (in memoriam) obrigada por toda dedicação e apoio durante todo o meu processo de crescimento e por sempre me socorrerem nos momentos de maior necessidade. Em vocês sempre encontrei a fonte de sustentação para a concretização de todos os meus objetivos. Obrigada pelo carinho!*

*À minha orientadora, **Profa. Dra. Carla Aparecida Arena Ventura**, por ter me recebido e acolhido de forma tão agradável no seu meio de trabalho, proporcionando-me momentos de intenso aprendizado e companheirismo. Obrigada por dividir de forma tão generosa todo seu conhecimento cientifico e humano. Obrigada ainda pelos momentos de incentivo, confiança e respeito. Me sinto privilegiada por tê-la tido como minha orientadora.*

*À **Profa. Dra. Silvana Martins Mishima** e **Prof. Dr. Dante Pinheiro Martinelli** pela participação no Exame de Qualificação, trazendo importantes contribuições para o enriquecimento deste estudo.*

*Ao Secretário de Saúde **Dr. Stenio Miranda**, que acreditou em meu trabalho e abriu as portas do Conselho Municipal de Saúde para que ele pudesse ser realizado.*

*À Secretaria do Conselho Municipal de Saúde, **Sra Glaucia**, pelo acolhimento e disponibilidade que sempre demonstrou em me atender e auxiliar durante esse estudo.*

*Aos **conselheiros membros** do Conselho Municipal de Ribeirão Preto, que tão bem me receberam e colaboraram para que este estudo fosse o mais transparente possível.*

*Às amigas **Paola Alexandria, Gabriela Magnabosco, Andreara Almeida, Raquel Pan e Aline Rosado** pela amizade todos esses anos e por me ajudarem diversas vezes em meus estudos.*

*À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP** pelo apoio de infraestrutura à pesquisa.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica**, por tornarem possível a viabilidade deste estudo. Muito obrigada.*

*A todos os **funcionários** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP por todo auxilio, colaboração e prontidão para realização deste estudo. A participação de vocês é de extrema importância na conclusão deste trabalho.*

RESUMO

JORGE, M. S. **Saúde e Desenvolvimento Local: um estudo sobre o controle social do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.** 2013. 183 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Os direitos humanos ao desenvolvimento e à saúde estão intimamente ligados, uma vez que não há processo de desenvolvimento sem a consolidação da saúde. Ainda, pode-se observar a influência do nível de desenvolvimento na saúde, por meio da incidência de doenças que tende a ser maior em regiões menos desenvolvidas. Esta pesquisa qualitativa centrou-se no questionamento sobre as conexões entre o exercício do direito à saúde e o desenvolvimento no município de Ribeirão Preto, enfocando o controle social, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde. Apresenta, portanto, como objetivo geral descrever as interrelações entre o controle social desempenhado pelo Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e o desenvolvimento local. Os dados foram obtidos por meio de triangulação de fontes de dados, através da análise documental das atas das reuniões do Conselho, da observação passiva nas reuniões e de entrevistas semi-estruturadas com os conselheiros. As entrevistas foram analisadas por meio das análises de conteúdo e temática. Os entrevistados revelaram que apesar do reconhecimento da população sobre a saúde como um direito, há baixa participação popular no Conselho. Dentre os fatores determinantes da baixa participação estão a falta de conhecimento e informação e a baixa divulgação das ações do Conselho. Ainda assim, foram observadas melhorias na saúde por meio da atuação do Conselho e os membros reconheceram a importância dessa atividade para o desenvolvimento do município e aumento da qualidade de vida da população. Os participantes do estudo admitiram, porém, que o exercício do controle social necessita de muitos avanços para chegar perto do considerado ideal, o que depende da atuação dos próprios conselheiros, visando melhorar a sua representatividade. Constatou-se que, embora o Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto seja reconhecido pelos conselheiros como um espaço de democratização que funciona, a institucionalização de espaços participativos não garante a participação popular e o controle social em saúde. Nesse sentido, este trabalho apresentou alternativas para a construção deste processo, como a maior disseminação de informações, a elaboração de um canal de comunicação com a população, alterações no regimento interno e a capacitação permanente dos conselheiros, como elementos essenciais para a busca de outros caminhos para o exercício efetivo do controle social e a garantia do direito à saúde e desenvolvimento local do município de Ribeirão Preto.

Descritores: direitos humanos, direito à saúde, conselho municipal de saúde, políticas públicas, controle social, gestão participativa, participação popular, participação social, representação social, políticas de controle social, desenvolvimento local, desenvolvimento da comunidade.

ABSTRACT

JORGE, M. S. **Health and Local Development: a study on the social control of the Board of Health of Ribeirão Preto.** In 2013. 183 f. Dissertation (Master) - Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

The rights for the development and health are closely related since there is no development process without consolidation of health. Furthermore, one can observe the influence of the level of development of health, by disease incidence tends to be higher in less developed regions. This qualitative study focused on questions about the connections between the exercise of the right to health and development in the municipality of Ribeirão Preto, focusing on social control, under the Municipal Health Council presents, so as a general objective describing the interrelationships between social control played by the Municipal Council of Health of the development site. Data were obtained through triangulation of data sources, through documentary analysis of the minutes of Board meetings, meetings of passive observation and semi-structured interviews with counselors. The interviews were analyzed through content analysis and thematic. Respondents revealed that despite the recognition of population health as a right, there is low public participation in the Council. Among the determinants of low participation are lack of knowledge and information dissemination and low shares of the Council. Still, we observed improvements in health through the work of the Council and members recognized the importance of this activity for the development of the municipality and increased quality of life. Study participants admitted, however, that the exercise of social control requires many advancements to come close to the considered ideal, which depends on the performance of the councilors themselves, to improve its representativeness. It was found that, although the Board of Health of Ribeirão Preto is recognized by the board as a space that works for democratization, institutionalization of participatory spaces not guarantee popular participation and social control in health. Accordingly, this work presents alternatives for the construction of this process, as the greatest dissemination of information, the development of a communication channel with the population, changes in the bylaws and the permanent training of counselors, as essential to the pursuit of other paths for the effective exercise of social control and guarantee the right to health and development site in the city of Ribeirão Preto.

Keywords: human rights, right to health, local health councils, public policy, social control, participative management, popular participation, social participation, social representation, social control policies, local development, community development.

RESUMEN

JORGE, M. S. **Salud y Desarrollo Local: un estudio sobre el control social de la Junta de Salud de Ribeirão Preto**. En 2013. 183 f. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirao Preto, 2013.

Los derechos para el desarrollo y la salud están estrechamente relacionados ya que no hay proceso de desarrollo sin consolidación de la salud. Por otra parte, se puede observar la influencia del nivel de desarrollo de la salud, por incidencia de la enfermedad tiende a ser mayor en las regiones menos desarrolladas. Este estudio cualitativo se centró en preguntas sobre las conexiones entre el ejercicio del derecho a la salud y el desarrollo en el municipio de Ribeirão Preto, centrándose en el control social, en virtud de los presentes del Consejo Municipal de Salud, así como un objetivo general que describe las relaciones entre control social desempeñado por el Consejo Municipal de Salud de la web de desarrollo. Los datos fueron obtenidos a través de la triangulación de fuentes de datos, a través del análisis documental de las actas de las sesiones del Consejo, las reuniones de la observación pasiva y entrevistas semi-estructuradas con los consejeros. Las entrevistas se analizaron mediante análisis de contenido y temática. Los encuestados revelaron que a pesar del reconocimiento de la salud de la población como un derecho, existe una baja participación del público en el Consejo. Entre los factores determinantes de la baja participación son la falta de conocimiento y difusión de la información y los bajos acciones del Consejo. Sin embargo, hemos observado mejoras en la salud a través de la labor del Consejo y los miembros reconocimos la importancia de esta actividad para el desarrollo del municipio y el aumento de la calidad de vida. Los participantes del estudio admitieron, sin embargo, que el ejercicio del control social requiere muchos avances que se acercan al ideal considerado, que depende de la actuación de los propios concejales, para mejorar su representatividad. Se encontró que, si bien el Consejo de Salud de Ribeirão Preto es reconocido por el Foro como un espacio que funciona para la democratización, la institucionalización de espacios de participación no garantiza la participación popular y el control social en salud. En consecuencia, este trabajo presenta alternativas para la construcción de este proceso, como la mayor difusión de la información, el desarrollo de un canal de comunicación con la población, los cambios en los estatutos y en la formación permanente de los consejeros, como algo esencial para la búsqueda de otros caminos para el ejercicio efectivo del control social y garantizar el derecho a la salud y desarrollo del sitio en la ciudad de Ribeirão Preto.

Palabras clave: los derechos humanos, el derecho a la salud, los consejos locales de salud, políticas públicas, el control social, la gestión participativa, la participación popular, la participación social, la representación social, las políticas de control social, desarrollo local, desarrollo de la comunidad.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma da relação dos cinco temas da Conferência Mundial de Saúde de 2011 37

Figura 2. Dimensões do contexto e dos recursos que influenciam a participação social 38

Figura 3. Organograma das Unidades de Saúde em Ribeirão Preto, 2010..... 61

Figura 4. Regiões Distritais de Saúde em Ribeirão Preto - SP, 2009..... 62

Figura 5. Fluxograma de acesso na rede de atenção ao Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, 2010..... 63

Figura 6. O CMS e suas relações com organizações do ambiente externo..... 107

Figura 7. Interrelação entre os achados deste estudo e as dimensões do contexto e dos recursos que influenciam a participação social..... 153

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das reuniões realizadas pelo Conselho Municipal de Ribeirão Preto segundo quórum. Ribeirão Preto, 2009 a 2012. (N1+2+3+4 = 61)..... 69

Tabela 2 Presença por segmento dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto nas reuniões mensais no período de 2009 a 2012..... 72

Tabela 3. Distribuição das falas dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, nas reuniões segundo segmentos. Ribeirão Preto, 2009 a 2012..... 74

Tabela 4. Características dos profissionais entrevistados segundo sexo, estado civil e profissão..... 112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição dos trabalhos incluídos na revisão integrativa, conforme objetivo e métodos empregados..... 44

Quadro 2. Objetivos da pesquisa, métodos e instrumento de coleta de dados..... 58

Quadro 3. Composição do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, 2009 a 2012..... 65

Quadro 4. Demandas com manifestações dos membros nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Ribeirão Preto, 2009..... 79

Quadro 5. Demandas trazidas pelo segmento dos usuários ao Conselho Municipal de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2009..... 82

Quadro 6. Demandas com manifestações dos membros nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Ribeirão Preto, 2010..... 89

Quadro 7. Demandas trazidas pelo segmento dos usuários ao Conselho Municipal de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2010..... 91

Quadro 8. Demandas com manifestações dos membros nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Ribeirão Preto, 2011..... 98

Quadro 9. Demandas trazidas pelo segmento dos usuários ao Conselho Municipal de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2011..... 100

Quadro 10. Demandas com manifestações dos membros nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Ribeirão Preto, 2012..... 104

Quadro 11. Demandas trazidas pelo segmento dos usuários ao Conselho Municipal de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2012..... 105

Quadro 12. Conquistas alcançadas por meio da atuação do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2009 a 2012..... 106

Quadro 13. Síntese das categorias e subcategorias temáticas resultantes da análise dos dados coletados..... 114

LISTA DE SIGLAS

ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Resolução WHA62.14	Reduzindo iniquidades em saúde através de ações sobre os determinantes sociais da saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OUA	Organização da União Africana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PIB	Produto Interno Bruto
NOB	Normas Operacionais Básicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
PMS	Plano Municipal e Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
LILACS	Literatura Latino Americano em Ciências de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
MG	MG – Minas Gerais
CEIA	Centros de Encontro e Integração de Ações
SC	Santa Catarina
MS	Mato Grosso do Sul
Ilpes/Claps	Instituto Latino-Americano e do Caribe de Planificação Econômica e Social/Centro Latino-Americano de Políticas de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
UBDS	Unidades Básicas Distritais de Saúde
PA	Pronto Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
NGA-59	Ambulatório Regional de Especialidades
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
AD	Álcool e Drogas
USB	Unidades de Suporte Básico
USA	Suporte Avançado
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
UAB	Unidades de Atenção Básica de Saúde
SPA	Serviços de Pronto Atendimento
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
CMS-RP	Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

RSG	Representante do Segmento dos Gestores
RST	Representante do Segmento dos Trabalhadores
RSU	Representante do Segmento dos Usuários
CEREST	Regimento Interno do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DRS	Diretoria Regional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
CIPAS	Comissão Internacional de Prevenção de Acidentes
PPA	Plano Plurianual
ACS	ACS - Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UNASUS	Projeto Universidade Aberta do SUS
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
GAPAT	Grupo Técnico de Avaliação e Prevenção de Acidentes de Trânsito e Transporte Técnico
ESB	Equipes de Saúde Bucal
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
UE	Unidade de Emergência
CLS	Comissão Local de Saúde
TRANSERP	Empresa de Trânsito e Transporte Urbano de Ribeirão Preto
OSCIP	Organização de Sociedade Civil de Interesse Público
SES	Secretaria Estadual de Saúde
CER	Centro de Reabilitação
CRP	Conselho de Reforma Psiquiátrica
GRUPAR-RP	Grupo de Apoio ao Paciente Reumático de Ribeirão Preto
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CSE	Centro de Saúde Escola
CES	Conselho Estadual de Saúde
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
CFM	Conselho Federal de Medicina
PAC DA SAÚDE	Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde
COMSAÚDE	Comissão municipal de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 15

2. DA SAÚDE E PRINCÍPIOS DO SUS: OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO LOCAL..... 17
2.1. Do contexto e os conceitos de saúde.....
2.2. A Saúde como um Direito Humano: Contexto Nacional e Internacional do 24
Direito à Saúde..... 26
2.3. Direito à Saúde e o Desenvolvimento Local..... 28
2.4. Do Direito ao Desenvolvimento: Conceito e Evolução Histórica..... 31
2.5. Do Desenvolvimento Local..... 33
2.6. A Consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil..... 34
2.6.1. Princípios do Sistema Único de Saúde..... 35
2.6.2. Participação e Controle Social: um processo de construção da cidadania.. 36
2.6.3. O Sistema Único de Saúde e o Controle Social..... 38
2.6.4. Os Conselhos Municipais de Saúde no Brasil..... 40
2.6.5. Estrutura, Funcionamento e Competências dos Conselhos.....

3. OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL: REVISÃO DA LITERATURA..... 42
3.1. Efetividade da Participação Democrática..... 45
3.2. Eficácia da Deliberação..... 46
3.3. Acesso às Informações Relativas às Políticas de Saúde..... 47
3.4. Composição e Grau de Participação dos Membros do CMS..... 48
3.5. Falta de Divulgação das Deliberações do CMS..... 49
3.6. Representatividade das Lideranças..... 49
3.7. Não Cumprimento do Relatório de Gestão..... 51
3.8. Articulação com Outros Espaços Democráticos..... 52

4. MATERIAL E MÉTODOS..... 54
4.1. Tipo de Pesquisa..... 55
4.2. Coleta de dados..... 55
4.2.1. Pesquisa Documental..... 55
4.2.2. Observação Passiva..... 56
4.2.3. Entrevistas Semi-estruturadas..... 56
4.3. Análise das entrevistas..... 58
4.3.1. Pesquisa Documental: Atas..... 58
4.3.2. Observação Passiva..... 58
4.3.3. Entrevistas Semi-estruturadas..... 59
4.4. Local do Estudo..... 59
4.4.1. Descrição do Sistema de Saúde do Município de Ribeirão Preto..... 60
4.4.2. O Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto..... 63
4.4.2.1. Composição Atual do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto..... 64
4.5. Aspectos Éticos..... 65

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 67
5.1. As Atas do Conselho Municipal de Saúde no período de 2009 a 2012..... 68
5.2. A Dinâmica das Reuniões do Conselho: Dados da Observação Passiva..... 108
5.2.1. Organização das Reuniões..... 108
5.3. Os Conselheiros e sua Experiência junto ao Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto: Resultados das Entrevistas Semi-estruturadas..... 111

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 154

REFERÊNCIAS..... 159

APÊNDICES..... 173

ANEXOS..... 182

1. INTRODUÇÃO

Desde a segunda metade do século XX, a humanidade tem experimentado rápidas e profundas mudanças nas esferas da vida econômica, cultural, social e política (STIGLITZ, 2003). A internacionalização da produção, distribuição e consumo de bens e serviços, juntamente com o avanço das tecnologias da informação, intensificaram a globalização da economia ao mesmo tempo em que se observa o aumento das desigualdades entre os povos e grupos sociais, da violência e do desrespeito aos direitos humanos, apesar do movimento crescente de afirmação destes direitos em âmbito mundial.

Os direitos humanos são, portanto, inerentes a todos os seres humanos e estão em constante processo de construção e reconstrução, a partir de lutas sociais (PIOVESAN, 2006). Dentre eles, ressaltam-se os direitos civis e políticos e os direitos econômicos, sociais e culturais. O direito humano ao desenvolvimento e o direito humano à saúde estão intimamente ligados, uma vez que não se pode conceber nenhum processo de desenvolvimento sem a consolidação do direito à saúde.

A saúde é um fator decisivo para o bem-estar das pessoas, famílias e comunidades, sendo um requisito para o desenvolvimento com eqüidade. A qualidade de vida também está intimamente ligada à saúde e, por sua vez, ao desenvolvimento, uma vez que seus fatores determinantes, como educação, lazer, trabalho, condições dignas de moradia, saneamento básico, dentre outros, afetam diretamente o bem-estar das pessoas. A influência do desenvolvimento na saúde pode ser observada, por exemplo, na incidência de casos de transtorno mental que tende a ser maior em regiões menos desenvolvidas. Nessa perspectiva, deve-se ressaltar, também, que dentre os oito objetivos de desenvolvimento do milênio proclamados pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2000), três[1] estão diretamente relacionados à saúde, o que corrobora a existência de uma clara conexão entre saúde e desenvolvimento. Contudo, escassos são os trabalhos científicos voltados a compreender estas inter-relações.

Nesse contexto, esta pesquisa centra-se no questionamento sobre as conexões entre o processo de busca do desenvolvimento e o exercício do direito à saúde, enfocando o controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Este estudo apresenta como **objetivo geral** descrever as inter-relações entre o controle social desempenhado pelo Conselho Municipal de Saúde do município de Ribeirão Preto e o desenvolvimento local.

---

[1] Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) diretamente relacionados à saúde são: redução da mortalidade materna e infantil, combate à AIDS e outras doenças como malária e tuberculose e erradicação da pobreza e da fome, com a garantia de sustentabilidade do meio ambiente.

São **objetivos específicos** do estudo:

1. Conhecer a dinâmica do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.
2. Identificar a opinião dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto sobre o controle social e sobre a influência das decisões do Conselho na saúde e na saúde mental.
3. Identificar a opinião dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto sobre a influência das decisões do Conselho no desenvolvimento local.

Visando atingir os objetivos propostos, este estudo divide-se em cinco capítulos. Após a introdução, o segundo capítulo aborda o direito à saúde e a sua relação com o direito ao desenvolvimento, enfocando a saúde, os princípios do SUS e a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde. Posteriormente, o terceiro capítulo apresenta uma revisão da literatura relacionando o controle social e o papel dos Conselhos Municipais de Saúde. O quarto capítulo descreve o percurso metodológico deste trabalho, detalhando o processo de coleta e análise dos dados. Em seguida, o quinto capítulo apresenta e discute os resultados obtidos, culminando, por fim, com as considerações finais.

2. Da Saúde e princípios do SUS: os Conselhos Municipais de Saúde e o desenvolvimento local

2.1 Do contexto e os conceitos de saúde

O conceito de saúde foi se modificando ao longo do tempo, adquirindo novos contornos e conexões com outros campos da vida humana (CAMPOS, 2009), de acordo com cada realidade vivenciada nos diferentes contextos históricos.

No Brasil, no início do século XX, com a implantação da economia exportadora de café, entre 1924 e 1928, formou-se um mercado envolvendo trabalhadores urbanos, rurais e imigrantes estrangeiros. A atenção à saúde estava restrita ao saneamento dos portos e às situações de epidemia e controle de enfermidades, como febre amarela, peste bubônica, varíola e outras, para as quais o governo federal impôs medidas de higiene, vacinação, notificação de casos, isolamento de enfermos e eliminação de vetores. Havia de fato quase nenhuma atuação do poder federal na assistência individual à saúde. A assistência médico-

hospitalar, nesse período, dependia de entidades beneficentes e filantrópicas. Contudo, a melhoria das condições sanitárias garantiria o sucesso da política governamental de atração de força de trabalho estrangeira, além de preservar o contingente já ativo (FINKELMAN, 2002).

A partir de 1930, com a crise econômica mundial e nos setores associados à exportação do café, o governo brasileiro passou a incentivar a indústria e a urbanização. Foi então implementado no país um sistema de assistência à saúde de proteção social aos trabalhadores assalariados, de caráter produtivista. Foi, também, criado o Ministério do Trabalho e promulgada nova legislação trabalhista, envolvendo questões de direitos, como férias, demissões e acidentes de trabalho, e itens relacionados à previdência (FINKELMAN, 2002).

No cenário internacional, com o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945, e com a reunião de várias nações do mundo na Conferência de São Francisco, oficializou-se a formação da Organização das Nações Unidas (ONU), com a denominada Carta das Nações Unidas. Nesse documento ficam definidos seus objetivos: preservação da paz mundial, defesa dos direitos do homem, defesa da igualdade de direitos para todos os povos e melhoria do nível de vida em todo o mundo (ONU, 1945).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) é a instituição da ONU especializada em saúde que iniciou suas atividades em 1948. Em 1946, em uma reunião organizada pelo Conselho Econômico e Social da ONU, foram redigidos os primeiros estatutos da OMS. Nesse contexto, tem-se a tentativa da OMS de ampliar o conceito de saúde, como sendo o completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1946). Porém, tal definição, parece esbarrar em uma totalidade idealizada que não esclarece os responsáveis pela produção do "completo bem-estar", caso ele fosse possível.

No Brasil, foi criado em 1953 o Ministério da Saúde que passou e encarregar-se de tratar dos problemas de saúde pública existentes na época, porém limitava-se à ação legal e à mera divisão das atividades de saúde e educação.

Em um ambiente de desigualdade social e de iniciativas de planejamento global e em saúde, a Política Nacional de Saúde, em 1961, e a III Conferência Nacional da Saúde, em 1963, trouxeram a proposta de reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária, determinando uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalização (RIBEIRO, 2002).

Em 1964, o governo militar instituído no Brasil pressupunha a acumulação de renda para garantir as bases do crescimento, redistribuindo-a posteriormente. Iniciam-se,

então, discussões sociais a respeito de temas como o agravamento dos problemas urbanos e suas carências sociais não atendidas, os baixos salários dos trabalhadores, o forte êxodo rural e a dificuldade de concretização da reforma agrária, o problema das desigualdades regionais e os mecanismos para enfrentá-los. Para compensá-los e garantir a estabilidade política, o governo implementou políticas compensatórias e assistencialistas de provisão de serviços sociais básicos que buscavam minorar os impactos das desigualdades provocadas pela aceleração do desenvolvimento capitalista. Foram também implementadas políticas de caráter produtivista visando o crescimento econômico, como as políticas de educação, com o objetivo de qualificar a mão-de-obra (FINKELMAN, 2002).

No Brasil, a Constituição de 1967 estabelece ser de competência da União estabelecer e executar planos nacionais de saúde, planos regionais de desenvolvimento e legislar através de normas gerais sobre defesa e proteção de saúde (ROCHA, 2011).

Com a implantação da Reforma Administrativa Federal, em 1967, o Ministério da Saúde ficou responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, atividades médicas, vigilância sanitária de fronteiras e de portos, controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária, assim como por ações preventivas (RIBEIRO, 2002).

Neste momento, a saúde ainda era entendida no país como o estado de ausência de doença, tendo o médico, como agente, atuando em um hospital. Neste modelo, o centro das atenções era a patologia em si. O controle da sua evolução e o retorno ao estado de não doença eram os objetivos de todas as atividades, ou seja, o modelo de saúde era pautado pelo pensamento da medicina curativa (ALMEIDA FILHO, 2002).

Outrossim, começa a despontar em debates internacionais uma nova concepção de saúde que não estivesse centrada somente na doença, a partir de meados dos anos de 1970. Com o início da abertura da China Nacionalista ao mundo exterior, ocorrem as duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sob a liderança de Halfdan Mahler em 1973-1974, referindo um conjunto de atividades para a melhoria da saúde, predominantemente realizadas em ambiente rural e desenvolvidas pelos chineses desde 1965 (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, o Relatório Lalonde – Uma Nova Perspectiva na Saúde Canadense, em 1974, reforça a ideia de que o tradicional modelo médico pouco estava melhorando as condições de saúde da população, uma vez que se observava o aumento de doenças crônico-degenerativas e a diminuição das infecto-contagiosas, determinando a importância da inclusão dos fatores de riscos comportamentais ao lado dos biológicos e da

promoção de saúde. Além disso, o Relatório Lalonde introduziu os chamados "determinantes de saúde" e decompôs o campo da saúde em quatro amplos componentes: a biologia (genética e função humana), o ambiente (natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e a organização social dos serviços de saúde (HEIDEMANN, 2006; BRASIL, 2001). As ideias contidas no Relatório Lalonde foram ampliadas por Jake Epp, Ministro que sucedeu Lalonde em 1980, que incorporou amplamente os elementos da Atenção Primária à proposta da promoção da saúde, enfatizando questões de eqüidade e justiça social no Relatório Epp - Alcançando Saúde Para Todos, divulgado em 1986 (BRASIL, 2002).

No Brasil, foi criado, em 1974, o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) com o objetivo de assessorar a formulação de políticas sociais e coordenar as atividades dos Ministérios, o que gerou reflexos positivos nas condições de vida dos segmentos sociais mais afetados pelo modelo econômico excludente. Dentre as iniciativas, destacam-se: o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) que financiava os programas e projetos na área social e auxiliava a remodelação e ampliação da rede privada de hospitais, por meio de empréstimos com juros subsidiados (1974); a reformulação dos mecanismos financeiros do Sistema Financeiro de Habitação (1974), pelo qual o Banco Nacional de Habitação deveria priorizar o atendimento habitacional a populações de baixa renda; o Plano Nacional de Saneamento (1975), visando a ampliar o atendimento aos municípios mais carentes; e o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, em 1976 (FINKELMAN, 2002).

Esse elenco de programas contribuiu favoravelmente para a melhoria geral dos indicadores de educação, saneamento básico, difusão da rede básica de saúde e cobertura vacinal no país. Entretanto, o Estado de Bem-Estar brasileiro ainda baseava-se na centralização política e financeira de um sistema de proteção social não re-distributivo do produto da economia (FINKELMAN, 2002).

Foi apenas em 1978, com a Conferência de Alma-Ata, que se mobilizou verdadeiramente um movimento de profissionais e instituições de saúde, governos e organizações da sociedade civil que, considerando a justiça social e o direito a melhor saúde para todos, participação e solidariedade, decidiram buscar respostas para as desigualdades em saúde em todos os países, com base na constatação de que estas desigualdades eram política, social e economicamente inaceitáveis. Sendo assim, o progresso em direção a estes valores requeria mudanças fundamentais na forma como os sistemas de saúde operavam, reconhecendo-se a enorme desigualdade existente entre países pobres e ricos (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Contudo, no Brasil, este processo foi mais lento e somente durante a transição democrática a saúde pública passou a ter uma fiscalização da sociedade. Em 1981, ainda sob a égide dos militares, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), composto por profissionais da medicina, representantes de Ministérios, trabalhadores, sindicatos e empresas médicas, com o objetivo de reorganizar a assistência médica nacional, formando uma rede pública unificada através do programa de Ações Integradas da Saúde (AIS), fundamental para a abertura democrática nesse segmento (RAEFFRAY, 2005). Com o fim do regime militar, surgem outros órgãos que incluem a participação da sociedade civil como o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Com a Nova República, na década de 1980, ocorreram importantes modificações nas políticas econômicas e sociais brasileiras: no contexto econômico, um compromisso com o crescimento; e, no plano social, os movimentos organizados da sociedade passam a ter maior presença nos conselhos de gestão nacional, nas áreas de saúde, previdência, educação e trabalho (FINKELMAN, 2002).

No caso da saúde, esse processo foi fortalecido com o Movimento de Reforma Sanitária, como parte da redemocratização, após 20 anos de ditadura militar, com o objetivo de reverter as enormes desigualdades sociais, a concentração de renda e a pobreza. Para tanto, vários grupos e setores da sociedade civil estavam engajados na redefinição de políticas sociais. Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde foi consagrado o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, introduzindo mudanças no setor saúde, de forma a torná-lo acessível, universal e socialmente equitativo (RAEFFRAY, 2005).

Nesse contexto, a saúde passa a ser compreendida com uma concepção mais ampla e não apenas como a ausência de doença e prestação de serviços médico-assistenciais, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Além disso, este movimento aponta para a necessidade da participação e controle social, para que os usuários dos serviços de saúde possam contribuir na conquista do direito à saúde, transformando-se em agentes sociais do processo da reforma sanitária (GONÇALVES, 1999).

Dessa forma, o movimento de Reforma Sanitária levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) atrelado ao processo de redemocratização instituído com a nova Constituição Federal de 1988. Tal Constituição refletiu a extensão de direitos sociais e políticos aos cidadãos em geral e às chamadas minorias (RAEFFRAY, 2005) e mudou profundamente o sistema de competências na área da saúde, que passou a ser legislada nos três planos – federal, estadual e municipal (ROCHA, 2011).

No contexto internacional, em 1986, na cidade de Ottawa no Canadá, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, foi introduzido ao conceito de saúde um aspecto mais abrangente, além do enfoque biológico. Dessa forma, a saúde passou a ser compreendida um bem produzido socialmente, tendo como requisitos fundamentais para seu alcance: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2002; HEIDEMANN, 2006). A Carta de Ottawa defende que as ações em promoção de saúde visam diminuir as diferenças nas condições da saúde da população, por meio de um desenvolvimento social equitativo (WHO, 1986). Para que isso ocorra, tais ações devem envolver os diversos segmentos da sociedade, incluindo a participação da população (HEIDEMANN, 2006).

Como resultado destes movimentos, a equidade em saúde passou a apresentar grande visibilidade no discurso de líderes políticos e ministros da saúde, sendo também reconhecida a sua importância por diferentes estruturas de governo local, organizações profissionais, civis e da sociedade.

A evolução do conceito de saúde nos últimos dois séculos permite-nos compreendê-la também como uma produção social resultante de condições concretas de vida, como renda, alimentação, trabalho e moradia, e de movimentos políticos e sociais, sobretudo os que reclamam reformas estruturais, ou seja, a saúde é influenciada por fenômenos de ordem econômica, social, cultural e política (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998; WITT, ARANGO, 2005; CAMPOS, 2009).

A incorporação do aspecto social no conceito de saúde culminou em várias conquistas como: saneamento ambiental, melhoria dos ambientes e das condições de trabalho, ampliação das políticas de proteção social e, mais tarde, reorganização dos sistemas e serviços de saúde para acolher as necessidades da população (CAMPOS, 2009).

Em geral, a população está hoje mais saudável e vive mais tempo devido a essas melhorias, o que demonstra que o progresso é possível e pode ser acelerado por meio do uso eficiente de vários recursos disponíveis. No entanto, o progresso em saúde tem sido desigual entre os países e entre as regiões dentro do Brasil.

Nesse sentido, deve-se ressaltar que os efeitos de uma urbanização e globalização mal geridas, acompanhados de outros fenômenos como alterações climáticas e tensões sociais que aceleram a disseminação mundial de doenças transmissíveis e aumentam o peso das doenças crônicas e não transmissíveis causam impactos negativos principalmente para as comunidades mais vulneráveis, que vivem nos países mais pobres (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Pobreza, desemprego, habitação precária e outras desigualdades econômicas e sociais formam um conjunto de condições denominadas "determinantes sociais da saúde". Trata-se de um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Os determinantes estruturais, como a distribuição de renda, a discriminação e as estruturas políticas, ou seja, fatores que influenciam a posição social ocupada pelos indivíduos são causas relevantes das iniquidades em saúde. Tais mecanismos moldam a saúde dos indivíduos por meio de determinantes intermediários, como as condições de moradia e psicossociais, fatores comportamentais e biológicos, além do próprio sistema de saúde (OMS, 2011; HEIDEMANN, 2006).

Em 2008, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS compilou uma lista de recomendações para diminuir as diferenças sociais com a realização de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde. Durante a Assembléia Mundial da Saúde de 2009, os Estados-membros decidiram iniciar a implementação dessas recomendações, adotando a Resolução WHA62.14, "Reduzindo iniquidades em saúde através de ações sobre os determinantes sociais da saúde". Nos últimos anos, muitos países avançaram na cobertura universal da atenção à saúde (OMS, 2011) e há uma maior compreensão de que o fortalecimento dos serviços comunitários, as políticas de saúde saudáveis e o favorecimento da participação popular, programas de saúde pública, ações globais e monitoramento do progresso constituem elementos chave para alcançar e melhorar as condições de saúde das pessoas (HEIDEMANN, 2006).

A lógica por detrás da implementação de ações sobre os determinantes sociais baseia-se em três temas gerais. Primeiro, implementar políticas de redução das iniquidades. Segundo, melhorar as condições de saúde e bem-estar, promovendo o desenvolvimento e alcançando metas de saúde e terceiro, suprir a necessidade de se realizar ações sobre os determinantes sociais (OMS, 2011).

Contudo, os determinantes de saúde não foram os únicos elementos que alicerçaram as políticas públicas e a organização dos sistemas e serviços de saúde. Houve uma série de movimentos de contestação durante o século XX, como a Medicina Preventiva (AROUCA, 2003), a Saúde Comunitária (DONNANGELO, PEREIRA, 1979), a Saúde Coletiva (PASCHE, 2006) e o Movimento pela Promoção da Saúde, dentre outros (CAMPOS, 2009).

Este estudo enfoca a saúde em seu caráter de bem público, considerando os serviços de saúde como respostas às necessidades de saúde das sociedades, combinando os interesses de atores, como os produtores de serviços, o Estado, trabalhadores e população, e,

considerando que toda abordagem para melhorar a saúde deve ser articulada dentro de um contexto amplo de ordem política, social e econômica. A saúde e as organizações de serviços são, nessa medida, espaços de disputa, de afirmação ou negação de direitos e de necessidades. Portanto, essa nova abordagem reconhece a saúde como elemento de sociedades democráticas e um direito humano básico (CAMPOS, 2009).

2.2 A Saúde como um Direito Humano : Contexto Nacional e Internacional de Consolidação do Direito à Saúde

O Direito à saúde é um direito humano social, que requer uma ação positiva do Estado. Desde o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), sistematizado na Conferência de Alma-Ata e difundido para os países em desenvolvimento, reafirma-se que:

> A saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos além do setor saúde (...). A promoção e proteção da saúde dos povos (...) contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individualmente e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

O Direito à saúde aparece, também, em uma série de instrumentos internacionais como a Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), a Pacto Internacional das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (aprovado em 16 de dezembro de 1966 e ratificado pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992), a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (ratificada pelo Brasil em 1º de Fevereiro 1984) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada pelo Brasil em 24 de setembro de 1990), além de inúmeros documentos de organizações regionais, como o Conselho da Europa, a Organização dos Estados Americanos (OEA), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização da União Africana (OUA). Estes documentos confirmam a ideia de que gozar do melhor estado de saúde possível constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social (CURY, 2005).

As regras que conformam o direito à saúde geralmente se expressam no âmbito

interno dos Estados por meio de normas de caráter constitucional, transformando-se em direitos fundamentais (RAEFFRAY, 2005). Segundo Cury (2005), grande número de Constituições têm sofrido emendas, e também novas Constituições têm surgido, assegurando o direito à saúde.

A essência do Direito à Saúde se orienta por características próprias aos direitos humanos, quais sejam: a *universalidade*, para todos os cidadãos sem distinção; o *progresso adequado*, quer dizer, uma vez alcançados determinados êxitos, estes devem ser considerados irreversíveis, o que implica a adoção por parte do Estado de medidas para sua proteção, deliberadas e concretas, dirigidas a satisfazer o direito; a *eqüidade,* que supõe uma distribuição de recursos financeiros, técnicos e humanos baseados em necessidades tanto individuais como coletivas, por meio de medidas positivas que assegurem que as políticas gerais de saúde cheguem efetivamente a todos os setores da sociedade (CANÇADO, TRINDADE, 1991; WITT, ARANGO, 2005).

Dessa forma, a saúde implica em um conjunto de fatores, tais como alimentação, transporte e educação, dentre outros. Nessa perspectiva, o grau de desenvolvimento e o padrão de distribuição sócio-econômico, o marco legal e normativo, a organização administrativa e clínica, a estrutura, cobertura geográfica e financeira dos serviços públicos e privados em diferentes níveis de atenção, as estratégias adotadas para o desenvolvimento e a adequação da atenção de saúde determinam as especificidades do setor saúde dos países.

Os sistemas de saúde são influenciados também por outros fatores macro-ambientais de natureza política e social, pelo desenvolvimento histórico do setor e pela maneira como cada país organiza os serviços. Um dos maiores desafios é que o direito à saúde seja reconhecido como prioritário nas agendas públicas e nas atividades governamentais, compreendendo-se que toda transformação requer a participação de uma gama mais ampla de agentes sociais e políticos no desenvolvimento de políticas de saúde.

A proteção do direito à saúde comporta, portanto, um compromisso estatal na adoção de políticas de prevenção e atenção, de acesso real a serviços de saúde. No Brasil, a Constituição Federal (1988), no Título II, dos direitos e garantias fundamentais, Capítulo II, artigo 6º dispõe que: "são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados, na forma desta constituição".

Por sua vez, a saúde está descrita no título VIII, Capítulo II – Da Seguridade Social. O conceito de seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à

saúde, à previdência e à assistência social (ROCHA, 1999).

A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial. A desigualdade no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui objeto da preocupação comum de todos os países (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

2.3 Direito à Saúde e o Desenvolvimento Local

A relação entre saúde e desenvolvimento não representa uma novidade, pois há muitos estudos relevantes, como os de Villermé, Chadwick, Amartya Sen (2000); Marmot, Wilkinson (2005); Brundtland (2002); von Schirnding (2002); John, Abel (2002); WHO (2002); Crescente (2005) e Righi (2006) sobre o tema. Porém, a produção científica a respeito de suas conexões ainda é escassa. Foi principalmente nos últimos 20 anos que o tema apareceu nos debates no campo da saúde e das políticas públicas em geral, com questionamentos acerca dos problemas ambientais (degradação, uso irracional de recursos, etc), sociais e econômicos (exclusão, iniquidades, não-redução dos níveis de pobreza, injustiças, etc) (CAMPOS, 2009).

Em decorrência dessas discussões, alguns instrumentos internacionais foram discutidos e aprovados pelos países, como o Tratado de Kyoto (aprovado no Japão em 1997, ratificado em 1999 pelo Brasil e que entrou em vigor em 2005), a Convenção Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima e a Agenda 21 (ambos tratados resultantes da Conferência Rio 92), os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (estipulados pela ONU em 2000), o Movimento pela Promoção de Saúde, dentre outros, tecendo considerações sobre os efeitos da expansão do capitalismo sobre o desenvolvimento e suas consequências ao ambiente e vida humana.

Nesse cenário, a inter-relação entre saúde e desenvolvimento foi reafirmada, no Brasil, pela "Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde" que, em alguns de seus relatórios, discute a exploração de aspectos econômicos da relação saúde e desenvolvimento, alertando para as dificuldades de inclusão dos fatores socioeconômicos como determinantes de resultados da saúde de uma população (CNDSS, 2008). Sendo assim,

modelos de desenvolvimento e modelos de saúde e de organização de sistemas, serviços e práticas sanitárias estão sendo questionados por sua dificuldade de melhorar a qualidade de vida das pessoas, iniciando o debate sobre quais mudanças seriam necessárias no campo da saúde para que suas práticas se associem a novos modos de desenvolvimento que culminem em produção de vida boa (CAMPOS, 2009).

É importante ressaltar que a qualidade de vida é primordial para o desenvolvimento, de forma geral, que se reflete, necessariamente, no contexto local. Cidade desenvolvida não deveria significar cidade grande e populosa, mas sim ser sinônimo de cidade boa para ser habitada, na qual a população desfruta de bem-estar, educação, segurança, perspectivas de crescimento pessoal e saúde (MARTINELLI, JOYAL, 2004).

Criar condições para que os serviços de saúde contribuam para o desenvolvimento local, territorial, includente, sustentado e sustentável implica a criação de novas organizações e profundas mudanças e inovações na gestão da rede local e regional de serviços de saúde, e nos próprios serviços de saúde (CAMPOS, 2009).

Para abordar a saúde como um direito humano, é necessário permear os seus determinantes sociais, aprofundando conceitos e visando o estabelecimento de ações mais consistentes que busquem a formulação de políticas de desenvolvimentos mais "inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação", a fim de alcançar melhoras de eqüidade em saúde (OMS, 2011).

A saúde e o desenvolvimento se influenciam mutuamente, mediados por contextos sociais, econômicos, políticos e culturais. Trata-se de uma relação multidimensional e multidirecional, que se embasa na ideia de saúde como um bem público, produzida socialmente na interação dos serviços de saúde, Estado, trabalhadores e população. A saúde das pessoas tem consequências para o desenvolvimento social e econômico, ao passo que as condições econômicas e sociais também influenciam a saúde das pessoas. Portanto, para que condições precárias de saúde não solapem o desenvolvimento, é preciso que haja mudanças que potencializem o campo da saúde e ampliem sua contribuição para o desenvolvimento. Por outro lado, é necessário, também, que os benefícios advindos do processo de desenvolvimento sejam distribuídos de forma equânime e que não minem os benefícios obtidos na saúde (CAMPOS, 2009).

A região das Américas fez grandes progressos de ordem econômica e social, mas sobrecarregou de forma persistente os sistemas de saúde e a ampliação das desigualdades ameaça as conquistas já alcançadas e compromete o progresso futuro em direção a um melhor desenvolvimento humano e de saúde. O envelhecimento das populações, mudanças nas dietas

e nas atividades físicas e a urbanização contribuíram para problemas de saúde como obesidade, hipertensão, doença cardiovascular, lesões e violência, assim como problemas relativos ao álcool, tabaco e drogas (OMS, 2005).

Nesse cenário, a saúde deve ocupar um lugar central na agenda do desenvolvimento, considerado, por muito tempo, como sinônimo de crescimento econômico. Sendo assim, deve apoiar-se no conceito multidimensional de desenvolvimento humano.

Propostas de novas lógicas de desenvolvimento que não o reduzam ao crescimento econômico fundamentam-se na revisão da importância e papel do Estado e das políticas públicas, mediada por princípios éticos e humanitários. Como resultado da consolidação deste movimento, emergiram os direitos de solidariedade, ou de quarta dimensão, dentre eles o direito ao desenvolvimento, ao meio ambiente sadio, à paz e à autodeterminação dos povos (CAMPOS, 2009).

2.4 Do Direito ao Desenvolvimento: Conceito e Evolução Histórica

O desenvolvimento é um processo complexo e almejado historicamente pelas nações do mundo. Com o término da Segunda Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU), criada em 1945, reuniu países com distintos níveis de desenvolvimento, o que gerou discussões sobre o significado de desenvolvimento e as possibilidades de interação entre os países com o propósito de atingi-lo (SOARES, 1994; MARCOVITCH, 1994), visando diminuir a lacuna entre centro e periferia, fundamentando-se em uma demanda por uma globalização mais ética e solidária.

Nessa perspectiva, foram organizados encontros importantes durante as décadas de 1960 e 1970 como a Conferência de Bandung (1955) na Indonésia; Conferência do Cairo (1962); primeira Conferência das Nações Unidas sobre o Comércio e Desenvolvimento (1964); Conferência de Argel (1973); Conferência de Lusaka (1973); e as Assembleias Gerais da ONU de 1974 e 1975 (FERNANDES, 2008).

Em 1981, a Carta Africana de Direitos de Humanos e dos Povos reconheceu expressamente o direito ao desenvolvimento como um direito do ser humano em seu artigo 22º:

> "Todos os povos têm direito ao seu desenvolvimento econômico, social e cultural, no estrito respeito da sua liberdade e da sua identidade, e ao gozo igual do patrimônio comum da humanidade. Os Estados têm o dever, separadamente ou em cooperação, de assegurar o exercício do direito ao desenvolvimento" (OUA, 1981)

Em 4 de dezembro de 1986, a ONU aprovou a Declaração sobre Direito ao Desenvolvimento, que conceitua no seu artigo primeiro o direito ao desenvolvimento como:

> "Um direito humano inalienável, em virtude do qual toda pessoa e todos os povos estão habilitados a participar do desenvolvimento econômico, social, cultural e político, a ele contribuir e dele desfrutar, no qual todos os direitos humanos e liberdades fundamentais possam ser plenamente realizados" (ONU, 1986).

Apesar do olhar pioneiro da Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos (1981) e da Declaração da ONU sobre o Direito ao desenvolvimento em 1986, o reconhecimento definitivo do direito ao desenvolvimento como direito humano inquestionável foi consagrado definitivamente na Conferência de Viena de 1993 sobre Direitos Humanos, em seu capítulo I, ponto10, nos seguintes termos:

> "A Conferência Mundial sobre Direitos do Homem reafirma o direito ao desenvolvimento, conforme estabelecido na Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento, enquanto direito universal e inalienável e parte integrante dos Direitos do homem fundamentais" (ONU, 1993).

O direito ao desenvolvimento compreende três dimensões prioritárias: a) a participação das pessoas, com realce à democracia a orientar a formulação de políticas públicas, dotando-lhes de maior transparência e *accountability*; b) a proteção às necessidades básicas de justiça social enunciadas na Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento da ONU[2]; e c) a necessidade de adotar programas e políticas nacionais, incentivados por iniciativas de cooperação internacional, visando suprir lacunas relacionadas ao desenvolvimento nos diferentes países (SEN, 1999; PIOVESAN, 2006). Nesse sentido, a Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento elege a cooperação entre os Estados como instrumento facilitador na eliminação de obstáculos e concretização do direito ao desenvolvimento (FERNANDES, 2008). Sua finalidade é a plena realização dos direitos humanos e liberdades fundamentais da pessoa humana em âmbito local, nacional e internacional.

O Estado deve adotar programas e políticas nacionais, que visem o constante incremento do bem-estar dos indivíduos para a efetivação dos direitos humanos em todos os níveis. Nessa perspectiva, a pessoa humana é o sujeito central do desenvolvimento e deve ser

[2] A Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento foi adotada pela ONU em 1986 por 146 Estados, com um voto contrário (EUA) e oito abstenções.

participante ativo e beneficiário, na formulação, adoção e implementação de políticas em todas as suas etapas.

Sendo assim, o conceito de Desenvolvimento Humano é a base do Relatório de Desenvolvimento Humano, publicado anualmente, e também do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), construído pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, a partir do início da década de 1990 (UNDP, 2002). O IDH é composto pela análise da renda, educação e expectativa de vida.

O IDH considera não apenas a dimensão econômica para se aferir o avanço nas condições de vida da população, mas também características sociais, culturais e políticas que influenciam a sua expectativa de vida, estando, portanto, diretamente ligado à saúde. Sendo assim, a principal meta do Desenvolvimento Humano é alargar as possibilidades de escolha das pessoas, por meio da ampliação de suas capacidades, permitindo que desfrutem uma vida longa, saudável, criativa e com menores índices de doenças, dentre elas, os transtornos mentais. Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo da Organização Mundial de Saúde, a maioria das doenças, mentais e físicas, é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2001).

Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2013, o Brasil manteve o 85º lugar (0,73), entre 187 países, em 2011 e 2012 (PNUD, 2012; PNUD 2013).

No ano de 2011, em relação a 2010, o PIB brasileiro aumentou 2,7%, fruto do crescimento de 2,5% no valor adicionado e 4,3% nos impostos. Nessa comparação, a agropecuária (3,9%), os serviços (2,7%) e a indústria (1,6%) cresceram. Assim, segundo as informações das Contas Nacionais Trimestrais, em 2011, o PIB em valores correntes alcançou R$ 4,143 trilhões. O PIB per capita ficou em R$ 21.252, apresentando uma alta de 1,8%, em volume, em relação a 2010 (IBGE, 2012). Em 2012 o PIB brasileiro fechou com crescimento de 0,9% (IBGE, 2013).

No entanto, apesar do PIB ter apresentado crescimento conforme supracitado, é importante ressaltar que nem sempre o potencial econômico de um país está correlacionado com a sua capacidade de promover o desenvolvimento humano de sua população, como demonstra o IDH (CAMPOS, 2009).

Nessa perspectiva, um Estado inteligente na área social não é um Estado de ações pontuais de base assistencial, mas sim com uma 'política de Estado' de educação, saúde, nutrição e cultura capaz de impulsionar a harmonia entre o econômico e o social (KLIKSBERG, 1998).

Percebe-se, assim, que o desenvolvimento vai além do crescimento econômico,

pois envolve a valorização do humano, do social e da garantia do direito à saúde da população, como reafirmado pela Comissão para Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde. Esta Comissão teve a incumbência de recolher, sistematizar e sintetizar informações sobre os determinantes sociais da saúde e o seu impacto nas desigualdades na saúde e de produzir recomendações para atuações que abordassem essas desigualdades. A desigualdade ocorre quando o nível de saúde de alguns países ou grupos populacionais está abaixo de outros. A correção dessas desigualdades é uma questão de justiça social e reduzi-las é, para a Comissão, um imperativo ético (OMS, 2010). Dessa forma, as ações relacionadas ao desenvolvimento e à valorização da saúde ocorrem, necessariamente, no contexto local, trazendo à tona a importância da discussão sobre o desenvolvimento local.

2.5 Do Desenvolvimento Local

O dicionário brasileiro Houaiss (2004) associa o vocábulo *desenvolvimento* à noção de "crescimento e expansão" e "aprimoramento e progresso".

O conceito de desenvolvimento é polissêmico, condição produzida pelos vários adjetivos e substantivos agregados a ele, como: econômico, regional, sustentável, inclusivo, não excludente, ecológico, humano, ambiental, social, urbano, local, dentre outros (CAMPOS, 2009).

O desenvolvimento local é aquele que se manifesta (ou não) em um espaço geográfico bem definido em diferentes escalas (mundial, continental, nacional, estadual, regional, municipal e local). O local pode ser compreendido como pertencente a um território (considerando território aqui como solo onde se concretizam as relações sociais e as de poder) ou comunidade, e por isso deve ser considerado com suas relações ou influências de outros locais (do regional, do nacional ou do global). Além disso, um processo de transformação social em um determinado lugar pode influenciar outras localidades (CAMPOS, 2009).

A discussão sobre o desenvolvimento local foi impulsionada em Quebec no Canadá, desde o início dos anos de 1980, sob influência do uso desse termo na França (MARTINELLI, JOYAL, 2004).

No Brasil, a Constituição de 1988 estabeleceu a possibilidade de o município legislar sobre assuntos de "interesse local" e suplementar a legislação federal e estadual no

que couber. O interesse local não precisa necessariamente incidir todo o território do município, mas uma localidade ou várias localidades de que se compõem o município, como um quarteirão ou um bairro. Dessa forma, grande parte da proteção à saúde passa a se realizar no espaço local (ROCHA, 2011). No entanto, apenas há alguns anos se começou a falar realmente em desenvolvimento local (MARTINELLI, JOYAL, 2004).

A globalização acabou por reforçar a importância do desenvolvimento local, uma vez que cria a necessidade de formação de identidades de diferenciação entre regiões para que possam enfrentar um mundo de extrema competitividade. Para não tender a uma busca apenas pelo aspecto econômico, aumentando as desigualdades sociais, deve-se reforçar a atenção com o aspecto social (MARTINELLI, JOYAL, 2004).

O "desenvolvimento local" tem sido apontado por muitos autores e organismos internacionais (por exemplo, França et al., 2004; UNDP, 2002) como campo de ação privilegiado para mover recursos, favorecer a cidadania, melhorar as condições de vida com espaços mais saudáveis e minimizar riscos à saúde (CALAME, 2004). A ampliação das possibilidades e dos recursos sociais e econômicos do local representa um dos eixos para a superação das desigualdades e da pobreza (CAMPOS, 2009).

Outrossim, alguns autores problematizam, ainda, o desenvolvimento territorial, compreendido como um estágio do processo de mudança estrutural empreendido por uma sociedade organizada territorialmente, sustentado na potencialização dos capitais e recursos existentes no local, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida de sua população (DALLABRIDA, 2006). Essa perspectiva tem como principais referências Bosier (2004), Caravaca (1998; 2005) e Méndez (2002) (CAMPOS, 2009).

A implementação do desenvolvimento é, em boa parte, uma questão de planejamento estratégico ou plano de ação (MARTINELLI, JOYAL, 2004). Neste trabalho, considera-se o local como um espaço estratégico para as inovações que se articulam nas propostas de desenvolvimento territorial, enfatizando-se que a organização da saúde (os serviços, a gestão setorial e as relações com outros setores) resulta de propostas de desenvolvimento, que podem constituir-se em incubadoras de uma nova institucionalidade que reforce outras alternativas de desenvolvimento territorial (CAMPOS, 2009).

Vale ressaltar que não há desenvolvimento destituído de um propósito, ou seja, desenvolvimento não configura um fim em si mesmo, mas um porvir, um processo (CAMPOS, 2009).

O processo de desenvolvimento constitui tarefa coletiva da sociedade e, como tal, necessita do consenso e da iniciativa dos atores envolvidos (MARTINELLI, JOYAL, 2004).

Dessa forma, a equidade e a inclusão social devem ser os princípios que o norteiam para se alcançar o fortalecimento da cidadania, democracia e promoção dos direitos, inclusive o direito à saúde, em uma esfera pública reflexiva, dinâmica e criativa (CAMPOS, 2009).

2.6 A Consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil

No Brasil, o processo de elaboração da Constituição Federal ocorreu simultaneamente ao movimento de reformulação do setor saúde, a Reforma Sanitária Brasileira. Como resultado de embates e das diferentes propostas em relação ao setor saúde presentes na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado nos princípios da universalidade, eqüidade, integralidade e organização descentralizada, hierarquizada e com participação da população.

Ao instituir a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado, ancorada na concepção de Seguridade Social, a Constituição operou uma ruptura com o padrão anterior de política social, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo, superando a oferta estratificada de serviços, que diferenciava os indigentes e segurados da Previdência Social, e trouxe a oportunidade de reduzir a diferença de atendimento aos moradores do campo e da cidade, entre as diferentes regiões do país (BRASIL, 1991).

Assim sendo, os fundamentos legais do SUS estão explicitados, além do texto da Constituição de 1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios que incorporaram e detalharam os princípios da Lei Magna no país. A regulamentação foi feita pelas Leis Federais nº 8080 e nº 8142 (ambas sancionadas em 1990), que detalham a organização e o funcionamento do sistema, e por sucessivas leis, que desde então, têm ampliado o arcabouço jurídico nacional relativo à saúde (CAMPOS, 2009).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas em 1991, 1993 e 1996 reordenam e revitalizam efetivamente o processo de implementação do SUS e trazem como principais propostas para garantir a sua continuidade: a descentralização com a municipalização e a consolidação dos sistemas locais de saúde e de Saúde da Família (HEIDEMANN, 2006).

Hoje o SUS representa o arranjo organizacional do Brasil que dá suporte às

políticas de saúde. Trata-se de um conjunto organizado e articulado de serviços públicos e ações de saúde em âmbito municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim. Assim, o SUS é um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação nas três esferas do governo. Pressupõe a articulação de subsistemas verticais (de vigilância e assistência à saúde) e subsistemas de base territorial – estaduais, regionais e municipais – para atender de maneira funcional às demandas por atenção à saúde, conforme a Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990).

O SUS compreende a saúde com uma dupla combinação: resultante da ação de fatores sociais e econômicos e como decorrência da própria capacidade de ação e resolubilidade dos serviços de saúde. Ampliar o acesso e, ao mesmo tempo, promover a reorganização das práticas representa um desafio para o país na atual fase de consolidação do sistema (CAMPOS, 2009). Nesse processo de consolidação, a Constituição Federal de 1988 descentralizou a gestão das políticas públicas na área da saúde e sancionou a participação da sociedade civil em diferentes movimentos de tomada de decisão. A regulamentação das normas constitucionais propiciou inovações institucionais: conferências municipais, estaduais e nacionais temáticas e conselhos gestores de políticas públicas de caráter permanente correspondentes. Os novos arranjos institucionais ampliaram a influência de diversos atores sociais nas instituições políticas (VAN STRALEN et al, 2006).

2.6.1 Princípios do Sistema Único de Saúde

O SUS está assentado em diretrizes organizativas e princípios doutrinários que conferem ampla legitimidade ao sistema: a *Universalidade* que assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação; a *Integralidade* que pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações, a *Equidade na* distribuição de recursos financeiros, técnicos e humanos baseados em necessidades individuais e coletivas e o *direito à informação* sobre sua saúde individual e acerca dos riscos e dos condicionantes que afetam a saúde coletiva (CAMPOS, 2009).

Quanto às diretrizes organizativas destacamos: a *Descentralização* que atribui ao município a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços, construindo a coordenação das ações sob direção de único gestor em cada espaço político-institucional – o

secretário de saúde em âmbito municipal, o secretário estadual no âmbito do estado e o ministro da saúde no âmbito da União, a *Regionalização* cujo objetivo é a distribuição racionalizada e equânime dos recursos assistenciais no território, a *Hierarquização* da rede que busca ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, a *Integração* das ações entre os subsistemas que conformam o sistema saúde, e dos serviços em redes assistenciais integradas para a garantia da continuidade do cuidado aos usuários e a *Participação Comunitária* assegurada pela Constituição federal e regulada pela Lei nº8142/90, que ocorre mediante a participação dos segmentos sociais organizados nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, nas três esferas do governo, e por meio da participação em colegiados de gestão nos serviços de saúde (CAMPOS, 2009).

Embora desde o início de sua implementação tenha apresentado vários problemas de operacionalização, o SUS encontra-se em um processo que, mesmo lento e sem muita coerência com seus princípios e diretrizes, persiste e avança. Além disso, delineiam-se propostas de mudanças na concepção de saúde e no papel dos usuários desse sistema (HEIDEMANN, 2006).

Dentre os princípios do SUS, o que aponta as condições para o exercício da cidadania, por meio da participação da população nos órgãos colegiados é muito importante, pois, ao mesmo tempo que permite ao cidadão a possibilidade de praticar o controle e fiscalização das ações em saúde, dá a ele também o direito e a responsabilidade de tomar decisões para melhorar a qualidade da assistência à sua própria saúde e de sua comunidade (GONÇALVES, 2009).

2.6.2 Participação e Controle Social: Um Processo de Construção de Cidadania

A proposta de participação da sociedade em projetos políticos de qualquer natureza surgiu a partir da década de 1940 com duas finalidades: reforçar os mecanismos de democracia real, abalados mundialmente pelas duas grandes guerras e, também, como uma maneira de desviar as responsabilidades crescentes do Estado moderno para os cidadãos (TESTA, 1992).

Para Carvalho (1995), a participação civil pode ser comunitária (completando o Estado), popular (combatendo o Estado) ou social (controlando o Estado). Para este autor, o controle social no Brasil foi marcado por um duplo viés: a exclusão social e o caráter clientelista do Estado. É como se o Estado, liminarmente suspeito, precisasse ser vigiado em suas práticas. Daí o forte sentido fiscalizatório que a ideia de controle social em saúde

adquiriu, uma vez que parece mais importante impedir o Estado de transgredir do que induzi-lo a agir.

Contudo, embora o surgimento da prática da participação social tenha sido inicialmente motivado pela necessidade socialmente construída de fiscalizar e controlar o Estado, é possível, por meio dessa participação, lograr o avanço na construção de uma rede de serviço de saúde em que todos os envolvidos lutem por seus direitos e estejam comprometidos com o coletivo. No âmbito do Conselho Municipal de Saúde, a participação social pode contribuir para a organização de uma rede de saúde local mais resolutiva e equânime.

2.6.3 O Sistema Único de Saúde e o Controle Social

O controle social constitui um dos fundamentos do SUS, estabelecido na Constituição de 1988 e significa o entendimento, a participação e a fiscalização da sociedade sobre as ações do Estado. Constitui uma forma de realizar a democracia, que representa um sistema de governo em que as decisões políticas seguem as necessidades e as orientações dos cidadãos, por meio de seus representantes (vereadores, deputados e senadores) ou diretamente pelo povo. O controle social propicia a vivência dessa democracia direta, conduzida pelo povo. Ao praticar o controle social, os cidadãos podem interferir no planejamento, realização e avaliação das atividades do governo em relação à garantia do direito humano à saúde. Mais precisamente, o cidadão tem o poder de fiscalizar a aplicação do dinheiro público na saúde; verificar se a assistência à saúde prestada no estado ou no município está atendendo às necessidades da população; e verificar se as políticas de saúde orientam o governo a agir de acordo com o que a população precisa (BRASIL, 2010).

Conforme ilustra a Figura 1, a participação social constitui requisito integrante dentre os outros temas discutidos na Conferência Mundial de Saúde de 2011 e considerados fundamentais na busca pela equidade em saúde e desenvolvimento: Governança para enfrentamento das iniquidades em saúde; Promoção da participação: lideranças comunitárias; O papel do setor: programas de saúde pública; Ações globais sobre os determinantes sociais: alinhando prioridades e grupos de interesse; Monitoramento do progresso (OMS, 2011). Esses temas estão intimamente relacionados e mostram como é necessária a implementação, em todos os setores da sociedade, de ações estratégicas sobre os determinantes sociais compilados pela Comissão de Determinantes Sociais em 2011 e discutidos previamente neste trabalho.

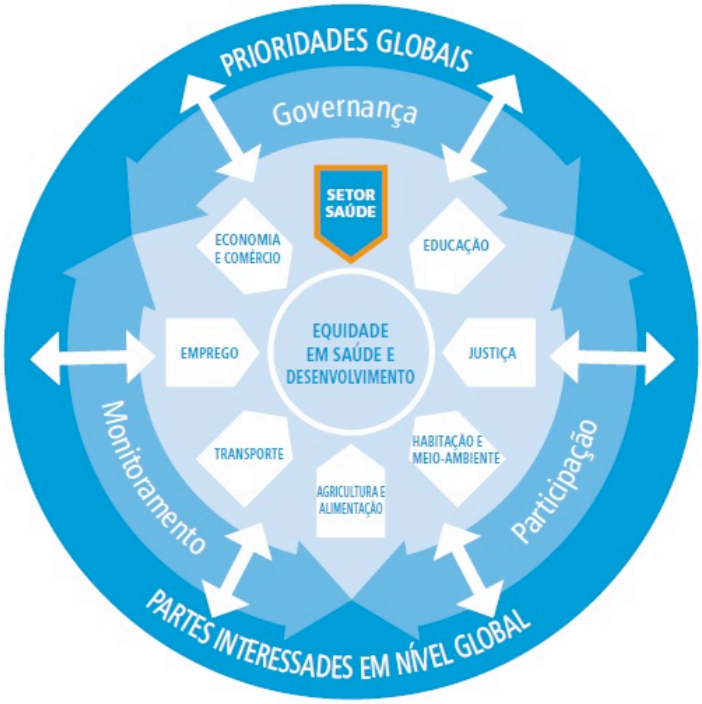

Figura 1 – Fluxograma da relação dos cinco temas da Conferência Mundial de Saúde de 2011.

Visando assegurar uma representatividade mais equitativa e legítima, os governos podem facilitar a participação civil institucionalizando mecanismos formais, transparentes e públicos, oferecendo incentivos, subsídios, acesso à informação e treinamento às partes interessadas, aumentando a autonomia das comunidades, atingindo melhor os grupos carentes e combatendo os conflitos de interesse. Ao mesmo tempo, a sociedade pode pensar em como melhor contribuir, por exemplo, conscientizando o público sobre as iniquidades em saúde, ajudando as comunidades a se organizarem, defendendo uma governança mais inclusiva e monitorando o cumprimento de responsabilidades no que tange à implementação das políticas e avaliação de seus resultados, como ilustra a Figuras 2 (OMS, 2011).

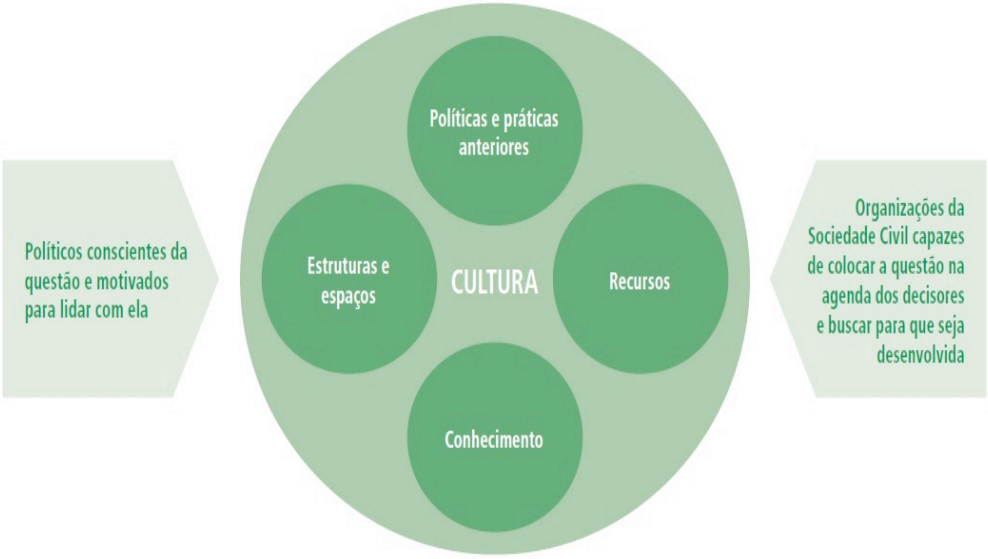

Figura 2 – Dimensões do contexto e dos recursos que influenciam a participação social.

Portanto, a figura 2 mostra quatro componentes existentes entre a participação da sociedade civil e o governo: as estruturas e espaços que permitem que a participação ocorra, os recursos que as partes dispõem para promover sua participação, o conhecimento necessário para participarem e o impacto de políticas e práticas anteriores na participação.

Neste cenário, para auxiliar a sociedade no exercício do controle social na área da saúde há várias esferas de participação popular no âmbito da hierarquia do SUS: Conferência Nacional de Saúde, Plenária Regional de Saúde, Conferência Estadual de Saúde, Conferência Municipal de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Comissões Locais de Saúde. A presente investigação enfoca, no contexto deste universo, o Conselho Municipal de Saúde como órgão de controle social.

2.6.4 Os Conselhos Municipais de Saúde no Brasil

A ideia de criar os Conselhos de Saúde no Brasil remonta a 1937, quando a lei 378 reorganizou o Ministério da Educação e Saúde e instituiu o Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao qual, juntamente com o Conselho Nacional de Educação, foi estabelecida a atribuição de "assistir" o Ministério. Posteriormente, o Decreto 99.438/90 criou o novo Conselho Nacional de Saúde, que ainda não possuía uma atuação realmente significativa na esfera da saúde (GONÇALVES, 1999).

A Lei nº 8.142/90 determinou que a União (governo federal), os estados e os municípios deveriam criar conselhos de saúde. Esta lei estabelece que o Conselho, em caráter permanente (órgão que não pode ser extinto por nenhuma autoridade ou lei estadual ou municipal, apenas por uma lei federal) e deliberativo (expressa o objetivo de discutir assuntos para se chegar a uma decisão), é um órgão colegiado (composto por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade), que atua na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Art. 1º, § 2º). Devem, também, aprovar o Plano de Saúde, o orçamento setorial, avaliar os serviços de saúde e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros (CAMPOS, 2009; BRASIL, 1990).

A competência dos conselhos foi detalhada e ampliada por resoluções do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções nº 33, de 1995, e nº 333, de 2003) que procuram principalmente estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e garantir a representação dos usuários. A Resolução nº 33 recomenda que o presidente do conselho seja eleito pelos conselheiros e que os usuários sejam indicados por suas próprias entidades. Para estimular o seu funcionamento, recomenda reuniões pelo menos uma vez por mês e a homologação das decisões pelo chefe do Poder Executivo local. Além disso, a resolução procura fortalecer o caráter propositivo dos Conselhos (VAN STRALEN et al, 2006).

A Resolução nº 333 avança na mesma direção, pois busca fortalecer a representatividade dos conselhos, apresentando, em relação à resolução anterior, uma lista mais ampla de entidades que poderão representar usuários. Determina que os governos devem garantir a autonomia dos conselhos, inclusive por meio de dotação orçamentária própria, e recomenda a articulação com outras entidades, tais como o Ministério Público e outros conselhos gestores de políticas públicas. A Resolução 333/2003 prevê, também, a duração de dois anos para o mandato dos conselheiros, podendo ser reeleitos, a critério de suas representações (VAN STRALEN et al, 2006; BRASIL, 2003).

Nessa perspectiva, a instituição dos Conselhos de Saúde como órgãos de controle social e gestão participativa foi fruto da mobilização de profissionais de saúde e de setores da sociedade civil, mas, na maioria dos municípios, sua implementação resultou de uma política de indução do Ministério da Saúde, condicionando o repasse de recursos federais à criação do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Os CMS têm, portanto, uma importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde. Esta reestruturação não é apenas uma questão técnica. Envolve

expectativas, demandas e comportamentos dos atores envolvidos na prestação da atenção, desde gestores até usuários, e implica a reformulação das relações entre esses atores. Nesse sentido, espera-se que os CMS não apenas funcionem como instâncias de controle social, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem (CORTES, 2002; VAN STRALEN et al, 2006).

2.6.5 Estrutura, Funcionamento e Competências dos Conselhos Municipais de Saúde

Os CMS devem possuir um regimento interno, que definirá como será o mandato dos conselheiros e estabelecerá regras de funcionamento. Devem possuir um plenário, estabelecido em seu regimento interno. O plenário é o encontro oficial de todos os conselheiros de saúde para deliberar sobre assuntos previamente agendados na pauta da reunião. O CMS possui uma secretaria executiva, subordinada ao plenário do conselho. Este plenário definirá a estrutura e a dimensão de sua secretaria executiva. Desse modo, conforme as recomendações do SUS, o CMS é quem define, por orientação de seu plenário, o número de pessoas na sua parte administrativa e como trabalharão (BRASIL, 2010).

Seguindo a legislação da saúde, especialmente as Leis Federais nº 8080/90 - 8142/90, Ribeirão Preto conta com um Conselho Municipal de Saúde formado por 26 membros e respectivos suplentes, sendo 13 representantes do governo, dos prestadores de serviços de saúde e profissionais e trabalhadores de saúde e os outros 13 são representantes dos usuários, segundo o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (2009).

Conforme a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ribeirão Preto, dentre as competências do Conselho enfatizam-se: "atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde do município, abrangendo até os aspectos financeiros e econômicos; estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal e Saúde (PMS); aprovar o PMS; opinar sobre tudo o que diga respeito à organização e ao funcionamento do SUS e à promoção, preservação e recuperação da saúde; propor medidas para aperfeiçoamento da organização e funcionamento do SUS; estabelecer normas para as ações e serviços públicos de saúde; acompanhar, fiscalizar e controlar os procedimentos e o desenvolvimento das ações de saúde; opinar sobre a celebração de consórcios, convênios e contratos com entidades públicas ou privadas; fiscalizar a movimentação de recursos repassados à SMS e ao Fundo Municipal de Saúde".

Segundo o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de Ribeirão Preto (2009), os conselheiros na execução de suas tarefas encontram algumas dificuldades, a saber: dispor de

um espaço físico adequado, dentro da sede da secretaria municipal, para pequenos encontros, estudo, pesquisa e discussão; participação em cursos de capacitação de conselheiros novos; destinação de recursos financeiros para custear as viagens e a participação dos conselheiros em congressos, encontros, seminários, estaduais e nacionais que tratem da saúde pública; crachá de identificação do conselheiro visando facilitar o acesso destes ao interior das unidades de saúde e hospitais conveniados; e propor mudanças na Lei Municipal nº 5972/1991 visando adequá-la aos termos da Resolução CNS nº 333, de 04/11/2003.

3. OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL: REVISÃO DA LITERATURA

Para compreender melhor a relação entre os Conselhos Municipais de Saúde e o controle social, realizou-se revisão da literatura, com o objetivo de proceder à identificação e síntese de trabalhos científicos divulgados no cenário nacional acerca da temática da gestão participativa/controle social no contexto dos Conselhos Municipais de Saúde no período de 2008 a 2011.

A busca dos artigos foi realizada em duas bases de dados, a saber: Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino Americano em Ciências de Saúde (LILACS). Foram utilizadas as palavras chave: "Conselhos Municipais de Saúde" juntamente com "Gestão Participativa" e/ou "Controle Social", que constituem descritores cadastrados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Os trabalhos seguiram os seguintes critérios de inclusão: textos completos disponíveis nas bases de dados acima descritas; publicados no período de 2008 a 2011; idioma de publicação em português. Foram excluídos os estudos que tratavam do conceito de forma direcionada a situações ou condições específicas diferentes da proposta desta revisão. A partir da leitura dos resumos, foram selecionados os trabalhos que atendiam aos critérios de inclusão.

Na base de dados SCIELO foram encontrados seis artigos sobre Controle Social e três sobre Gestão Participativa no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde. Destes, foram selecionados dois artigos para análise, seguindo os critérios de inclusão supracitados e excluindo artigos duplicados.

No LILACS, foram encontrados dezesseis artigos sobre Conselho Municipal de Saúde relacionado com Gestão Participativa, sendo sete apresentados com texto completo e seis em português. Dos seis artigos, foi selecionado um para análise, pois os outros cinco já haviam sido encontrados na base de dados SCIELO, e, portanto, eram repetidos.

Ao buscarmos na LILACS, Conselho Municipal de Saúde relacionado ao Controle Social encontramos um total de 68 artigos, sendo 24 em texto completo e em português. Desses 24, foram selecionados quatro para análise, uma vez que cinco artigos eram repetidos e 15 eram relacionados a temas específicos, como por exemplo, educação permanente (três), inclusão digital, saúde bucal (três), idosos (dois), saúde do trabalhador (dois), autarquias hospitalares, educação popular, Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e governança local.

Do total de treze artigos encontrados, foram excluídos sete, com ano de publicação inferior a 2008. Foram, portanto, selecionados seis artigos para análise.

Após a análise dos textos na íntegra, foi realizada uma síntese dos dados, contemplando ano de publicação, objetivo, metodologia, resultados/discussão/ conclusões

apresentada no Quadro 1. A amostra final de seis artigos foi alcançada após análise inicial de noventa e três trabalhos obtidos via base de dados BSV (LILACS) e SCIELO.

A maior parte dos artigos selecionados foi publicada no ano de 2009 e 2010 (com dois artigos publicados em cada ano), seguido de 2008 e 2011 (com um artigo publicado em cada ano). No período de quatro anos adotado para esta revisão, não houve um ano no qual nenhuma referência fosse selecionada.

Artigos	**Objetivos**	**Métodos**
1	Analisar o formato institucional do CMS de Viçosa (MG), abordando sua estrutura e dinâmica de funcionamento, regras de composição e competências.	Estudo qualitativo observacional transversal. Utilizou entrevistas individuais dirigidas aos conselheiros de saúde, observação direta não participativa das reuniões do CMS e análise documental.
2	Apontar uma série de problemas que afetam a institucionalização da democracia participativa.	Estudo de três casos de participação democrática em administrações municipais do estado de Minas Gerais, quais sejam: os Conselhos Gestores de Saúde, nos municípios de Bom Despacho e Lagoa da Prata, e os Centros de Encontro e Integração de Ações (CEIA), no município de Betim
3	Analisar a efetividade do controle social a partir do estudo sobre atribuições dos CM da Assistência Social, dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Educação e da Saúde no município de Chapecó (SC).	Leitura de documentos oficiais, aplicação de formulários, observação sistemática e de um encontro utilizando a técnica do grupo focal.
4	Conhecer a prática do controle social exercida em Conselhos de Unidades e sua influência nas políticas de saúde do município de Campo Grande, MS.	Cinco estudos de caso, tendo como fonte principal as atas de reuniões e como referencial de análise um documento do Ilpes/Claps (1975).
5	Delinear conceitos e dispositivos de gestão propostos no campo da Saúde Coletiva, as inovações teóricas em gestão em saúde e política. Promover uma reflexão sobre a participação política no SUS remetida ao cotidiano institucional, como desafio de construção de modos de gestão participativos.	Abordagem filosófica. Análise de rupturas e planos a fim de mapear o que essa produção faz emergir como oportunidade de constituição de novas práticas sociais e dispositivos institucionais de gestão.
6	Compreender o processo de participação política no Conselho Municipal de Saúde na formulação, implementação e controle do Plano Municipal de Saúde de Pedras de Fogo.	Descritivo-exploratório. Através de estudo de caso, entrevista e questionário com os conselheiros do CMS.

Fonte: Base de dados LILACS e SCIELO, 2011

Quadro 1 – Distribuição dos trabalhos incluídos na revisão integrativa, conforme objetivo e métodos empregados

Com base no quadro 1 observamos que, em relação aos objetivos dos estudos selecionados para essa revisão, todos buscam analisar a prática do Controle Social exercida no contexto do CMS, alguns relacionados a Conselhos específicos de regiões, como por exemplo Viçosa, Campo Grande e Chapecó, e outros três mais abrangentes. Um trabalho centra-se em apontar os problemas relativos a essa participação democrática.

Em se tratando dos métodos empregados para o desenvolvimento desses estudos, verifica-se uma combinação de estratégias de análise. Os métodos utilizados (isoladamente ou de forma associada) foram: descritivo exploratório (um), abordagem filosófica (um), estudo de caso (três), grupo focal (um), entrevista individual (dois), observação direta não participativa (um), observação sistemática (um), análise documental (três) e questionários (dois).

A análise das publicações permitiu a identificação de unidades temáticas presentes nas discussões sobre Controle Social nos Conselhos Municipais de Saúde: 1: Efetividade da Participação Democrática; 2: Eficácia da Deliberação; 3: Acesso às Informações relativas às Políticas de Saúde; 4: Composição e Grau de Participação dos Membros; 5: Falta de Divulgação das Deliberações; 6: Representatividade das Lideranças; 7: Não Cumprimento do Relatório de Gestão; 8: Articulação com Outros Espaços Democráticos.

Os achados relacionados a essas temáticas são apresentados a seguir.

3.1 Efetividade da Participação Democrática

O Regimento Interno dos Conselhos Municipais de Saúde contém normatização sobre sua composição, convocação, pauta das reuniões, competência dos conselheiros, planejamento, implementação e avaliação das ações propostas. Além disso, os conselheiros conhecem tais normas, dirigem as ações com base nelas e agem em acordo com as atribuições que o Regimento lhes confere, elegendo critérios de prioridade de ações e concluindo que os resultados das ações de saúde propostas no município foram efetivos. Os espaços de participação, como o CMS ainda não asseguram a efetivação dos interesses representados, isto porque o respeito ao Conselho como instância deliberativa depende da associação da vontade política dos governantes e da mobilização da sociedade civil. Considerando-se a expressão do interesse dos representados, estudos mostram que há inclinação desses em acompanhar, opinar, apoiar e expressar o senso de responsabilidade quanto às decisões do

CMS, por meio da participação dos usuários em reuniões e discussões, e nos prestadores de serviço como funcionários dedicados e empenhados no serviço de saúde.

No entanto, há uma limitação da qualidade da participação dos conselheiros quanto ao critério de autorresponsabilização dos seus representados no que se refere ao acompanhamento e influência das ações do CMS por intermédio da opinião, uma vez que é importante para equilibrar a relação entre a vontade política dos governantes e a mobilização da sociedade civil, que o conselho alcance maior credibilidade enquanto instância deliberativa (BEZERRA, 2009).

Outro estudo apresenta que conselhos não definem as políticas municipais de saúde e trabalham com uma visão fragmentada da saúde, deliberando sobre questões limitadas e secundárias. A maioria dos assuntos tratados no âmbito dos Conselhos não é estruturante do setor. Esta constatação pode ser observada em estudo realizado em Lagoa da Prata e em Bom Despacho (MG), em que a própria avaliação que os conselheiros fazem dos Conselhos deixa bastante a desejar, já que apenas 28% e 7% deles, respectivamente, acham que o Conselho democratiza a política municipal de saúde. Apesar da diferença significativa de avaliação entre os municípios, a percepção dos Conselhos, como instrumento de democratização é bastante decepcionante (ROCHA, 2011).

3.2 Eficácia da Deliberação

Deliberar está vinculado a ações de discussão, reflexão, resolução, decisão, autonomia, e também à ação de ponderar, meditar, examinar, escolher alternativas, tornar-se responsável pelos atos. É esta a expressão que se espera dos conselheiros, de modo que o poder de decisão possa estar equitativamente distribuído entre os segmentos. De acordo com Oliveira (2009) a deliberação vem se configurando como o consenso ao qual chegam, sendo as demandas discutidas e depois encaminhadas como reivindicação às instâncias afins.

Os dados analisados nos artigos selecionados demonstram uma baixa percepção de eficácia em alguns conselhos como espaços de deliberação, como no caso dos CMS das cidades de Bom Despacho e Lagoa da Prata (MG). A percepção dos conselheiros é de que sua atuação tem um caráter meramente informativo e consultivo, e muito pouco deliberativo (OLIVEIRA, 2004). Nestes conselhos, parte relevante dos assuntos tratados são definidos sem maior planejamento e discussão, falta capacitação aos conselheiros e várias das decisões

tomadas não são implementadas pelo governo municipal, uma vez que há grande dificuldade no acompanhamento dos encaminhamentos e muitos acabam se perdendo (ROCHA, 2011; OLIVEIRA, 2009).

Quando os interesses dos usuários demoram a ser atendidos, a credibilidade do Conselho cai e, via de regra, a resposta desse segmento é o esvaziamento do quórum nas reuniões, preocupando os prestadores de serviços. Ao longo do tempo, o papel dos conselheiros vem passando de "mais fiscalizadores" para "mais deliberadores", afirmando seu papel legal. No entanto, a prática ainda mostra fortemente uma gestão de caráter consultivo/palpitativo (OLIVEIRA, 2009).

O processo atual é respaldado pela legislação vigente, de busca de informações, treinamentos, discussões, vivências e ajustes. É um período de maturação da prática de deliberar e fazer gestão participativa em saúde pública. Dessa forma, é preciso conhecer e identificar os níveis hierárquicos e os níveis paralelos afins, para se fazerem encaminhamentos, buscar aliados e enviar mensagens claras aos fóruns específicos, de modo a obter-se devolutiva. Nesse contexto estão envolvidos interesses recíprocos e questões éticas para os parceiros. O processo de implementação de uma prática social demora, muitas vezes, uma geração, tempo necessário para que seja digerida e incorporada à cultura sociopolítica de uma população (OLIVEIRA, 2099).

3.3 Acesso às Informações Relativas às Políticas de Saúde

A análise da dinâmica de funcionamento dos Conselhos mostrou, ainda, que o grau de participação (número de intervenções e índice de presença) é correlacionado positivamente com o nível educacional dos conselheiros. Contudo, a variável que mais incide sobre o grau de participação é a vinculação dos conselheiros ao setor público e aos prestadores de serviços. Esses setores, mesmo que estejam representados numericamente em inferioridade em relação aos representantes dos usuários dos serviços de saúde, acabam tendo maior capacidade de representar seus interesses (ROCHA, 2011).

O acesso dos conselheiros às informações relativas às políticas de saúde é baixo, no geral, com vantagens para os representantes do poder público. Sendo assim, a composição da pauta é freqüentemente definida pelo Presidente do Conselho e pelo Secretário Municipal de Saúde, sem maiores debates, demonstrando um alto grau de controle dos Conselhos pelos

governos municipais (ROCHA, 2011).

Estudos sobre a efetividade da participação nos conselhos municipais de saúde evidenciam, entre outros aspectos, o desconhecimento quanto aos espaços reservados à participação, o desinteresse em influenciar o processo de gestão das políticas públicas por parte da população, a falta de profissionalização dos conselheiros e a atuação de gestores que não trabalham com o propósito de envolver a sociedade nesse processo. Dados indicam que há uma razoável qualidade política de participação dos conselheiros na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde. No entanto, eles também sinalizam que há ainda um longo caminho a percorrer para que a participação dos conselheiros seja eficiente, eficaz e efetiva na condução da política pública de saúde. E, assim sendo, reforça o debate atual de que os conselhos municipais de saúde, criados como instância de participação popular, merecem uma avaliação mais crítica sobre a sua potencialidade para democratizar o Estado (BEZERRA, 2009).

3.4 Composição e Grau de Participação dos Membros do CMS

Em estudos que objetivavam avaliar a efetividade do controle social encontrou-se uma sub-representação dos profissionais de saúde em três conselhos estudados em municípios dos estados de Goiás e Mato Grosso do Sul. Em Viçosa, a composição do CMS também não está de acordo com a legislação federal, pois apresenta representação dos profissionais de saúde de 9%, uma vez que o percentual definido pela Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde é de 25% dos conselheiros. Já os representantes do governo e prestadores de serviços ocupavam 41% das vagas do CMS, mas deveriam ocupar apenas 25%. Assim, fica difícil pensar que a verdadeira participação possa ocorrer, diante do não cumprimento legal da forma de composição do CMS, fortalecendo algumas categorias em detrimento de outras (COTTA, 2010; VAN STRALEN et al, 2006).

A análise da dinâmica de funcionamento dos Conselhos mostrou, ainda, que o grau de participação (número de intervenções e índice de presença) é correlacionado positivamente com o nível educacional dos conselheiros. Contudo, a variável que mais incide sobre o grau de participação é a vinculação dos conselheiros ao setor público e aos prestadores de serviços. Esses setores, mesmo que estejam representados numericamente em inferioridade em relação aos representantes dos usuários dos serviços de saúde, acabam tendo maior capacidade de

representar seus interesses (ROCHA, 2011).

3.5 Falta de Divulgação das Deliberações do CMS

A visibilidade dos Conselhos é um ponto crucial para o exercício do controle social, caracterizando-se pela transparência das ações, na criação de canais de comunicação com a população (COTTA, 2010). A Resolução nº 333/2003 define como competência dos Conselhos divulgar os trabalhos e decisões para todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

O próprio conselho constitui-se em espaço propulsor de cultura cívica e capital social, podendo desempenhar um papel significativo na mudança da sociedade. No entanto, a realização deste potencial depende do quanto os conselheiros se comprometem com a publicação de suas ações e com a criação de espaços descentralizados, aproximando-os da população, organizada ou não, visando estimular processos de organização e mobilização (SANTOS, 2002).

Democratizar as informações e permitir sua avaliação por parte dos usuários seria colocar o usuário no centro do processo, numa relação de corresponsabilidade. Mas, para que essa gestão participativa aconteça, torna-se necessária a existência de canais de participação desobstruídos e fluxo constante de informações. Requer, também, processos que favoreçam a participação ativa, representativa, autônoma e corresponsável, que propiciem, de modo mais completo, o crescimento das pessoas ou das organizações coletivas (PRESOTO; WESTHAL, 2005) assegurando a confiabilidade nos mecanismos participativos e também cumprindo um papel educativo junto à população, porque mostra a possibilidade da real efetivação da participação da sociedade civil na gestão compartilhada de políticas públicas (GOHN, 2002).

3.6 Representatividade das Lideranças

Um dos grandes problemas da participação democrática nos CMS é a representatividade. Esse distanciamento entre representantes e representados foi encontrado na maioria dos artigos analisados na presente investigação (COTTA, 2010).

Representados não exercem influência nas ações dos conselheiros e estes utilizam

voluntariamente as reuniões das entidades para consultar sobre formulação, implementação e avaliação das ações de saúde. Contudo, a participação de base apresentou-se limitada pela informalidade de alguns aspectos da comunicação entre representados e representantes. Muitos representantes comparecem ao órgão colegiado sem consultar suas bases, falando em seu nome e não em nome do grupo, e muito menos compartilham as decisões tomadas nas reuniões com seus pares, limitando também a responsabilização dos atores e o controle de suas ações (GUIZARDI, 2006; OLIVEIRA, 2004; WESTPHAL, 1992; VAN STRALEN et al 2006; ROCHA, 2011; KLEBA, 2010; BEZERRA, 2009).

A representação pouco expressiva compromete a legitimidade da democracia, uma vez que quando a organização popular não existe, as dificuldades aumentam pela ausência de uma política clara de representação (WESTPHAL, 1992, p. 132; OLIVEIRA, 2009).

Nesse aspecto, alguns trabalhos demonstraram a importância de aprofundar os critérios para os processos de escolha e indicação dos representantes dos usuários e dos fornecedores do serviço de saúde. A capacitação e atualização que preparam os conselheiros para assumir seu papel é a ferramenta que pode atingir as carências identificadas: desconhecimento das normas do conselho; desconhecimento de sua condição de delegado e da importância da participação de base para o fortalecimento de sua participação, bem como a inércia quanto à consulta e prestação de contas sobre sua atuação (BEZERRA, 2009).

Há falta de interesse na participação e divulgação das propostas e discussões por partes dos gestores, representantes e representados. A comunicação entre os conselhos e a comunidade é outro fator que tem sido apontado como sendo um grande aspecto a ser aprimorado para incrementar o grau de representatividade desse fórum de participação social (COTTA, 2010). A comunicação é vital para o exercício do controle social tanto em relação à capacidade de interlocução dos conselheiros com a sociedade, quanto em sua capacidade de localizar e selecionar informações importantes, interpretá-las e utilizá-las para elaborar propostas e produzir argumentações nos processos dialógicos da participação (KLEBA, 2010).

No Brasil, ainda está sendo construída uma prática de participação cidadã, sendo muito comum, todavia, a não prestação de contas do representante para com seus representados, e os representados exercem pouco ou quase nada seu direito de cobrança em relação às ações dos representantes (SERAPIONI; ROMANI, 2006).

Em outra perspectiva, a chave do sucesso de ações públicas eficientes dependeria da existência de uma burocracia pública autônoma, coesa, coerente, disciplinada e tecnicamente preparada. A falta de participação da sociedade deve-se à vigência de

instituições autoritárias e à ausência de horizontalidade social. Em sociedades cujas instituições públicas caracterizam-se pelo autoritarismo, coerção e clientelismo, a mobilização do poder local torna-se difícil e as experiências bem-sucedidas não se generalizam. Dessa forma, o Estado, como fator ativo de mobilização social e incentivador de redes cívicas, acaba por determinar o sucesso das iniciativas de participação (EVANS, 1996; ROCHA, 2011).

Nesse sentido, a participação da sociedade civil viabiliza-se quando as instituições públicas são dirigidas por grupos reformistas favoráveis à intervenção política construtiva do Estado, comprometidos com a história de luta dos atores sociais e, ao mesmo tempo, capazes de propor soluções pragmáticas aos problemas existentes (ROCHA, 2011).

Dessa forma, é necessário democratizar o espaço dos Conselhos para evitar que estes reforcem e legitimem o poder instituído, fortalecendo estruturas privadas (inclusive nos espaços públicos) e a tradição clientelista. Isto requer a implementação de estratégias de formação de alianças e de mobilização, essenciais para produzir rupturas e novas articulações coletivas (KLEBA, 2010).

3.7 Não Cumprimento do Relatório de Gestão

Outro ponto observado foi o relatório de gestão; segundo a Resolução nº 333/2003, compete aos Conselhos de Saúde analisá-lo, discuti-lo e aprová-lo, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhados do devido assessoramento. Cabe também ao CMS fiscalizar, controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação do Fundo de Saúde. Os resultados deste estudo apontam para o descumprimento da legislação vigente, o que consequentemente dificulta a atuação do CMS sobre a aplicação dos recursos financeiros. Segundo Cotta (2010), 29,4 % dos entrevistados em sua pesquisa disseram que o CMS não recebe anualmente o relatório de gestão da Secretaria Municipal de Saúde para ser avaliado e aprovado, fato comprovado pela própria Secretaria Municipal de Saúde ao afirmar que o relatório do ano de 2005 não foi elaborado. Vale ressaltar que cabe ao Conselho solicitar, por meio de sua mesa diretora, o cumprimento dessa questão pelo poder executivo municipal.

Das evidências aqui apresentadas, destaca-se a necessidade de esforços para possibilitar um sistema com corresponsabilidade, envolvendo gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviço e usuários, no qual todos devem assumir uma postura com a "coisa

pública", no sentido de dar maior visibilidade ao planejamento e avaliação das políticas de saúde (ASSIS; VILLA, 2003).

3.8 Articulação com Outros Espaços Democráticos

Uma questão crucial a ser enfrentada, nesse tema, é qual o resultado da adoção de uma diversidade de experiências participativas simultaneamente, sem que haja concorrência com outros canais de participação existentes, como os conselhos setoriais de políticas públicas e o orçamento participativo. De qualquer forma, quanto mais espaços de participação difundirem-se, mais consolidada estará a cidadania democrática. Na prática, o que se vê é a sobreposição de espaços participativos que vão se constituindo a partir de demandas parciais e fragmentadas, e devido a ausência de um planejamento global de articulação desses espaços, eles acabam concorrendo entre si e prejudicando a qualidade de participação. Muitas vezes as pessoas atuantes frequentam diversos espaços ao mesmo tempo, o que demonstra que o aumento dos espaços não implica, necessariamente, acréscimo na quantidade e na qualidade da participação democrática (ROCHA, 2011).

Conclui-se, portanto, que o desafio que qualquer política social hoje enfrenta é de como contribuir para que grandes contingentes da sociedade, excluídos do mercado de trabalho e do acesso a fontes regulares de renda para sua subsistência, sejam incluídos e participem da vida social.

A partir da revisão realizada pode-se destacar que os resultados das pesquisas apontam que a participação da comunidade, ou o controle social, vem se dando de forma cada vez mais consolidada nos espaços institucionais previstos em lei, como os Conselhos de Saúde, existentes nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

No entanto, a dinâmica de funcionamento desses Conselhos de Saúde demonstra que sua efetividade e sua eficácia quanto à sociedade exercer a representação de seus interesses são muito diferenciadas, impedindo que se afirme categoricamente que a existência por si só desses colegiados de fato garanta maior democratização das políticas de saúde.

Sem dúvida, os Conselhos constituem um instrumento valiosíssimo para o exercício da negociação entre Estado e sociedade civil no que diz respeito às diretrizes implementadas pelas políticas de saúde; mas necessariamente não representam espaços de negociação de diferentes interesses em jogo.

A revisão realizada constatou que há uma razoável qualidade política de participação dos conselheiros na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde. No entanto, há ainda um longo caminho a percorrer para que a participação dos conselheiros seja eficiente, eficaz e efetiva na condução de ações de saúde, principalmente no que diz respeito à autorresponsabilização dos próprios participantes a fim de criar comprometimento e organização popular, diminuindo a distância entre representantes e representados. A maturação do processo em questão, que envolve critérios mais específicos de seleção dos participantes e sua capacitação deve ocorrer para que as demandas discutidas possam realmente ser implementadas e deliberadas, aumentando a credibilidade dos CMS. Por outro lado, o alto grau de controle dos Conselhos pelos governos municipais constatado, também demonstrou ser um entrave na real democratização, uma vez que esta depende da associação da vontade política dos governantes e da mobilização da sociedade civil, e muitas vezes o que se vê é o privilégio de determinadas classes em detrimento de outras.

Assim sendo, reforça-se o debate atual de que os Conselhos Municipais de Saúde, criados como instância de participação popular e controle social, merecem uma avaliação mais crítica sobre a sua funcionalidade e potencialidade para democratizar o Estado e serem agentes do desenvolvimento em sua localidade.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, considerada apropriada quando o fenômeno em estudo é complexo, de natureza social e que não tende à quantificação (DIAS, 2000).

4.2 Coleta de dados

Para compreender as inter-relações entre o controle social exercido no CMS estudado e o desenvolvimento local foi utilizada a triangulação de fontes de dados.

Segundo Denzin (1978), há quatro tipos de triangulação: de métodos, de fontes de dados, entre avaliadores diferentes e de perspectiva sobre o mesmo conjunto de dados. A triangulação de fontes de dados garante a confiabilidade no resultado, acreditando-se que olhar o objeto de estudo de diferentes ângulos permite compreendê-lo em profundidade. Desta forma, a coleta de dados foi desenvolvida em três etapas:

- Pesquisa documental
- Entrevistas semi-estruturadas
- Observação passiva

4.2.1 Pesquisa Documental

Na primeira etapa, foi realizada pesquisa documental com base nas atas das reuniões do CMS de Ribeirão Preto. Foram, portanto, selecionadas as atas das reuniões realizadas durante o mandato do conjunto de conselheiros presentes durante a realização da pesquisa, ou seja, entre os anos de 2009 e 2012.

As atas que nos servem de fonte de pesquisa são documentos elaborados pelo Conselho Municipal de Saúde com o intuito de deixar registradas suas ações e decisões. Cabem, no entanto, algumas considerações acerca desta fonte documental. Três importantes aspectos precisam ser discutidos quando tomamos tais atas como fontes de pesquisa histórica: seu caráter de fonte oficial; a necessidade de utilizar uma metodologia de análise baseada no cruzamento de informações com outras fontes; e, a necessidade de uma análise que apreenda não somente o conteúdo explícito destas fontes, mas também o que nelas está implícito (MARTINY, 2008). Nesta pesquisa, buscou-se atentar para todos os aspectos mencionados.

4.2.2 Observação Passiva

A observação passiva ou simples consiste em ver, ouvir e examinar os fatos ou fenômenos com o objetivo de identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. Por observação passiva entende-se, portanto, aquela em que o pesquisador, permanecendo alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observa de maneira espontânea os fatos que aí ocorrem (GIL, 2008).

No método observacional os fatos são percebidos diretamente, sem intermediação, reduzindo, desse modo, a subjetividade, que permeia todo o processo de investigação social. O processo compreende os seguintes passos: identificar os sujeitos; descrever os cenários; descrever os comportamentos; registro e análise (DAMAS; DE KETELE, 1985; GIL, 2008).

Dessa forma, a pesquisadora freqüentou as reuniões, como ouvinte, durante o período de realização da coleta de dados, a fim de realizar a observação passiva de acordo com roteiro pré-estabelecido (Apêndice E).

4.2.3 Entrevistas Semi-estruturadas

Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os membros do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto para compreender como é a sua participação e a relevância das ações do conselho e do controle social para o desenvolvimento local (Apêndice D). O projeto foi apresentado pela pesquisadora em reunião do CMS, tendo sido aprovado. Todos os membros titulares foram convidados para participar da pesquisa. O critério de inclusão dos membros foi baseado na concepção de que o membro titular possui obrigatoriedade de presença nas reuniões e portanto tem uma vivência mais presente no Conselho.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos e gravadas em um gravador digital. Após serem transcritas, foram deletadas do gravador.

A esquematização da coleta de dados pode ser evidenciada no quadro 2.

Objetivo Geral	Objetivos	Método de Coleta de Dados	Instrumentos de coleta de dados
Descrever as inter-relações entre o controle social desempenhado pelo Conselho Municipal de Saúde do município de Ribeirão Preto e o desenvolvimento local.	1) Conhecer a dinâmica do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto	Pesquisa documental (Atas)	Roteiro de Análise das Atas: a) Reuniões realizadas b) Quórum Suficiente ou não em cada reunião c) Presença de membros por segmento d) Demandas com participação ativa dos membros
	2) Conhecer a dinâmica do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto	Observação Passiva	Roteiro de Observação a) Dinâmica das reuniões Pauta Horário b) Quórum Suficiente ou não em cada reunião c) Presença dos membros d) Como são discutidas demandas e) Como são realizadas as deliberações f) Segmentos que mais se manifestam g) Presença da população nas reuniões
	3) Identificar as experiências vivenciadas pelos membros do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto sobre o controle social	Entrevista Semi-estruturada	Roteiro de Entrevista com os membros do Conselho a) Na sua opinião, o Sr(a) acha que a população sabe que a saúde é um direito dela e que ela pode e deve participar desse processo, trazendo suas necessidades? b) Considerando sua experiência como cidadão e como Conselheiro, a população tem participação dentro do Conselho? c) Como o Sr(a) avalia a sua participação nas decisões do Conselho? O Sr(a) frequenta as reuniões? Consegue se manifestar? Suas manifestações são atendidas/consideradas? Esta satisfeito com sua atuação? O que poderia melhorar?
	4) Identificar a experiência vivenciada pelos membros do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto sobre a influência das decisões do Conselho na saúde e na saúde mental	Entrevista Semi-estruturada	Roteiro de Entrevista com os membro do Conselho a) Quais mudanças na saúde o Sr(a) observou durante sua experiência como conselheiro? Pode citar exemplos? b) Quais mudanças na saúde mental o Sr(a) observou durante sua experiência como conselheiro? O Sr(a) poderia, por favor, citar exemplos?

continua...

	5) Identificar a opinião dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto sobre a influência das decisões do Conselho no desenvolvimento local.	Entrevista Semi-estruturada	Roteiro de Entrevista com os membro do Conselho c) O Sr(a) considera que a atuação do Conselho influencia no desenvolvimento do município? O Sr(a) poderia, por favor, citar exemplos vivenciados?

conclusão.

Quadro 2 – Objetivos da pesquisa, método e instrumentos de coleta de dados.

4.3 Análise dos dados

4.3.1 Pesquisa Documental: Atas

Inicialmente, realizou-se a leitura exaustiva das atas do período de 2009 a 2012, com o propósito de obter dados quantitativos quanto: número de reuniões realizadas, quórum de participação, presença de membros por segmento e número de falas por segmento.

Além dos dados quantificáveis elencados acima, foram identificados e analisados os conteúdos de todos os itens abordados durantes as reuniões e que geraram algum tipo de manifestação dos conselheiros. Estas falas foram organizadas e categorizadas considerando o seu conteúdo e os pronunciamentos por segmentos em cada tema: *esclarecimentos, questionamentos, sugestões, comentários e deliberações*.

4.3.2 Observação Passiva

A observação foi utilizada para embasamento da análise e discussão dos dados obtidos nas atas e nas entrevistas semi-estruturadas. Essa estratégia permitiu a obtenção do maior número de informações sobre a dinâmica do Conselho e a atuação dos Conselheiros. As observações foram registradas e lidas de forma extensiva. O conteúdo das observações foi inserido nos resultados, corroborando os dados obtidos por meio das outras fontes utilizadas nesta pesquisa.

4.3.3 Entrevistas Semi-Estruturadas

As entrevistas foram analisadas por meio de análise de conteúdo que, conforme definida por Bardin (1995), constitui-se em um conjunto de técnicas de análise de comunicações, visando obter a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Essas técnicas parciais, mas complementares, consistem na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão desse conteúdo, tendo por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens, levando em consideração o emissor e seu contexto e, eventualmente, os efeitos dessas mensagens. Ao longo deste trabalho foi realizada uma análise de significantes, também denominada análise temática. Assim, foram identificados os conteúdos que convergiam para significados semelhantes e agrupados em unidades temáticas. Na pré-análise foi realizada a leitura das entrevistas. Posteriormente, na fase de análise, foi realizado o processo de sistematização, agrupando em categorias os conteúdos que convergiam para significados semelhantes e, por fim, os resultados foram tratados e explorados.

4.4 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, que está localizado na região Nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital e a 706 quilômetros de Brasília. Sua população estimada em 2012 foi de 619.746 habitantes, em uma área de 651,276 Km^2, sendo a 12ª cidade mais populosa do Brasil, sem considerar as capitais (IBGE, 2013). Vale ressaltar que a população do município era de 604.682 em 2010 e de 612.340 em 2011, observando-se, assim, um aumento progressivo.

O município apresenta bons níveis de indicadores sociais e econômicos. Sua economia baseia-se na agricultura (destaque para cana de açúcar), indústria, atividades comerciais e prestação de serviços. Ressalta-se também que possui um dos principais centros universitários e de pesquisa do estado, consolidando assim a região como um forte pólo de geração de tecnologia e mão de obra qualificada.

4.4.1 Descrição do Sistema de Saúde do Município de Ribeirão Preto

O Sistema Municipal de Saúde possui 1.679 estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), composto assim por 5 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) com Pronto Atendimento (PA); 42 Unidades tradicionais de Saúde, sendo 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 14 Unidades de Saúde da Família (USF); 29 Equipes de Saúde da Família; 1 Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59); 3 Centros de Referências de Moléstias Infecto-contagiosas; 1 Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas; 1 Centro de Saúde do Trabalhador; 1 CAPS II, 1 CAPS III, 1 CAPS Ad, 1 CAPSi, 3 ambulatórios de Saúde Mental, 17 Residências Terapêuticas; 1 Unidade Básica Especializada Infantil; 1 laboratório do Município (Patologia e Citologia); 1 Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente; 5 Centros Distritais de Vigilância em Saúde Divisão de Controle de Vetores e Animais Peçonhentos; 1 Divisão de Controle de Zoonoses; 2 Farmácias Populares; 1 Dr. Móvel, 2 Equipes de Serviço de Atendimento Domiciliar; 1 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, 1 Equipe Multiprofissional de Apoio Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 20 Ambulâncias – SAMU, 25 unidades de Transporte Sanitário (5 para remoção, 2 para transporte de pacientes acamados, 4 para transporte Intermunicipais e 14 para cadeirantes em conjunto com as Secretarias da Educação e Assistência Social) e 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Conta, ainda, com 2 Hospitais Universitários – HCFMRP, HCFMRPUSP (Unidade Emergência e Campus) e 15 hospitais conveniados ao SUS, disponibilizando 1942 leitos, sendo 1389 SUS e 553 conveniados (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A Figura 3 ilustra o organograma das Unidades de Saúde de Ribeirão Preto, com exceção da UPA.

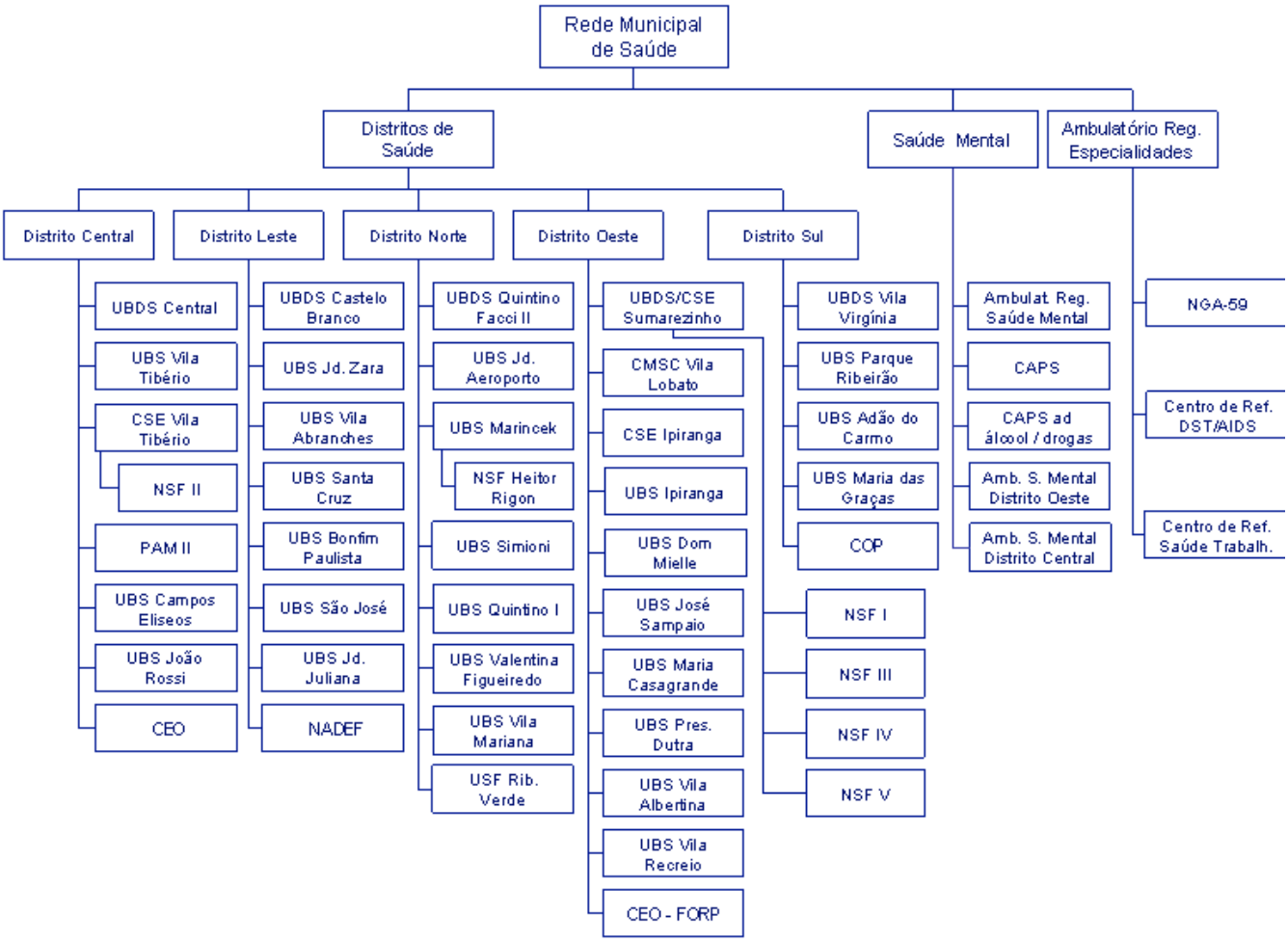

Figura 3. Organograma das Unidades de Saúde em Ribeirão Preto, 2013.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, o número de profissionais da rede pública, em 20013, era de aproximadamente 425 médicos, 171 enfermeiros, 562 auxiliares de enfermagem, 68 técnicos de enfermagem e 333 Agentes Comunitários de Saúde. O município está dividido geograficamente em 153 bairros, organizados em cinco Distritos Sanitários: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central. A Figura 4 apresenta o mapa da distribuição geográfica dos Distritos de Saúde do Município de Ribeirão Preto: UBDS Vila Virgínia (região Sul); Centro de Saúde Escola-Cuiabá; (região oeste); Núcleo de Gestão Ambulatorial-NGA (na área central); UBDS Castelo Branco-inaugurada em 1997 (região leste); UBDS Simioni (região norte).

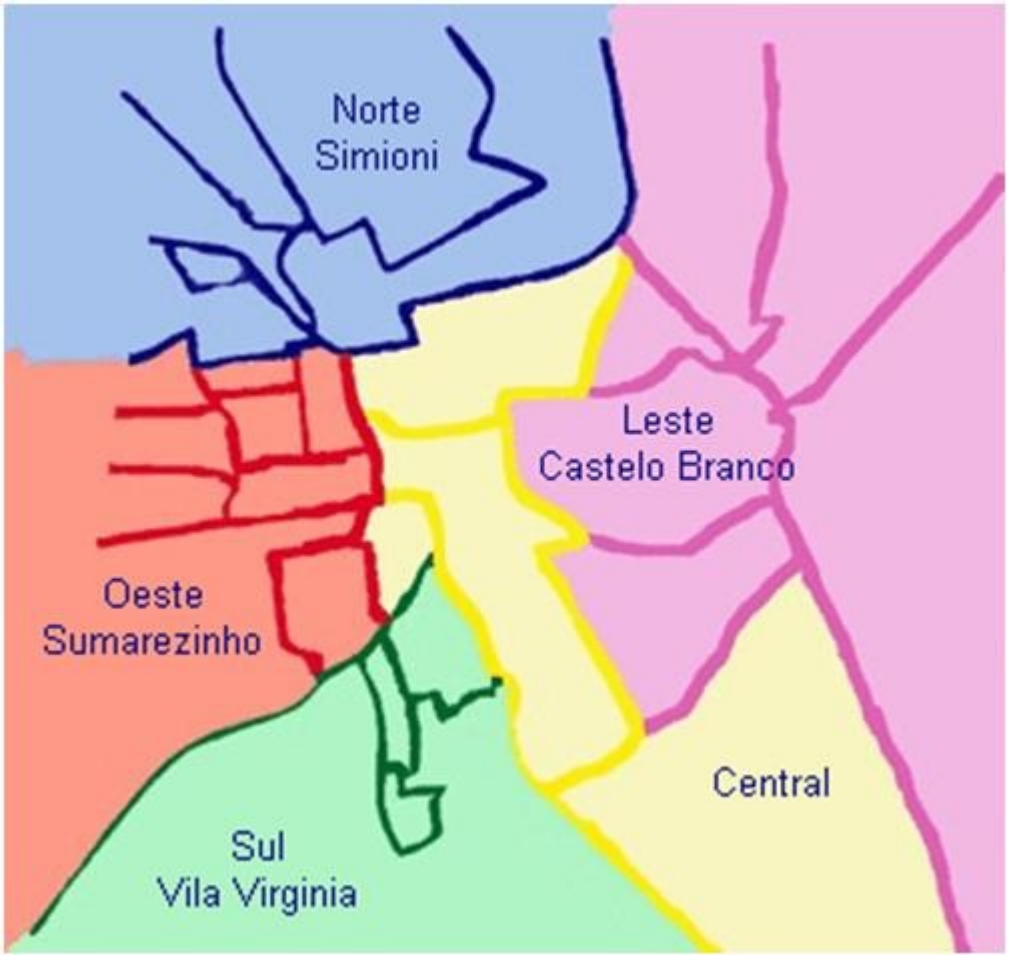

Figura 4 - Regiões Distritais de Saúde em Ribeirão Preto - SP, 2013.

Os Hospitais oferecem atendimento 24 horas por dia, com alta densidade tecnológica (utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que compreende cuidados de prevenção, tratamento e recuperação, nas diversas especialidades em saúde), devendo atender pacientes portadores de doenças complexas e que não puderem ser resolvidas nas Unidades de Atenção Básica de Saúde (UAB), ou Serviços de Pronto Atendimento (SPA).

Há cinco SPAs no município, que estão presentes nas Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS). Estas são estruturas de complexidade intermediária entre as UBS e as portas de urgência hospitalares, que, em conjunto com estas, compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências. Esta estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência – SAMU que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação, tem funcionamento de 24h, e atende por demanda espontânea.

As UABs deveriam representar o primeiro contato entre o sistema de saúde e a

população e são nessas unidades que deveria acontecer a formação de vínculos com as equipes de saúde, sendo o local prioritário para que ocorra a prática da clínica do cuidado individual e/ou coletivo. Ainda têm a função de coordenar os fluxos e contrafluxos (referências e contra-referências) dos usuários pelos diversos serviços oferecidos nessa rede de Atenção. O fluxograma da rede pode ser observado na figura 5.

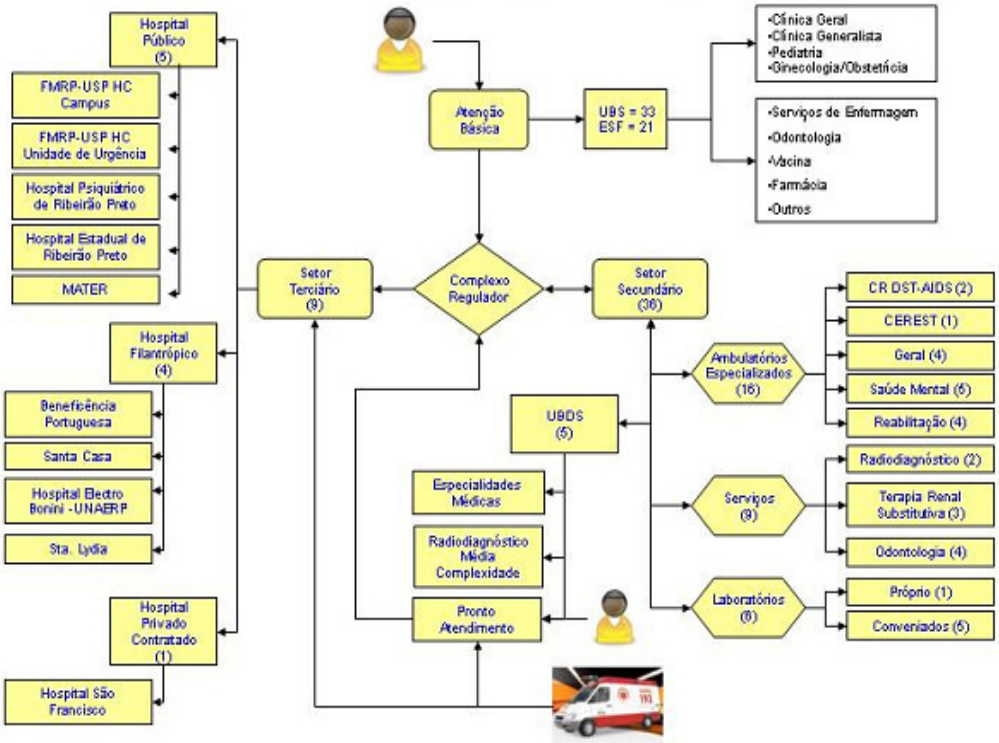

Figura 5 - Fluxograma de acesso na rede de atenção ao Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, 2013.

Os dados sobre a configuração da rede do SUS em Ribeirão Preto demonstram importante variedade de agentes e serviços, configurando um sistema bastante complexo. Nesse contexto, dentre as atribuições do Conselho já mencionadas neste trabalho, ressaltam-se a de propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e funcionamento do SUS, assim como de controlar os procedimentos e o desenvolvimento das ações de saúde.

4.4.2 O Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

A criação do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (CMS-RP) foi aprovada na segunda Conferência Municipal de Saúde, em abril de 1991. Desde então, seu

funcionamento tem sido regularmente mantido (GONÇALVES, 1999).

O CMS-RP realiza reuniões mensais que são abertas a toda a população, com data, horário e local disponíveis no site da Prefeitura Municipal. As pautas e atas das reuniões também estão disponíveis no mencionado site, com o objetivo de garantir a transparência das atividades desenvolvidas.

4.4.2.1 Composição Atual do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Seguindo a legislação da saúde, especialmente as Leis Federais 8080/90 - 8142/90, o CMS deve ser composto por representantes dos gestores (do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde Estadual ou Municipal); representantes dos prestadores de serviço (instituições conveniadas ao SUS ou filantrópicas); representantes dos trabalhadores de saúde (sindicatos e conselhos profissionais da área de saúde); e representantes dos usuários de saúde (associações de moradores, associações de trabalhadores, sindicatos, associações de portadores de patologias, dentre outros).

A Lei 8.142/1990 também estabelece que a soma dos representantes dos usuários de saúde deve ser igual à soma dos representantes dos trabalhadores de saúde e dos representantes dos gestores e prestadores de serviços ao SUS (BRASIL, 1990).

Ribeirão Preto conta com um CMS formado por 26 membros e respectivos suplentes, sendo 13 (50%) representantes do governo, dos prestadores de serviços de saúde e profissionais e trabalhadores de saúde e os outros 13 (50%) são representantes dos usuários, conforme detalhado no quadro 3.

Representatividade	Conselheiro(a) Titular	Conselheiro(a) Suplente
Secretaria Municipal da Saúde Presidente do Conselho	1	1
Secretaria Municipal da Saúde	1	1
Secretaria Municipal da Assistência Social	1	1
Secretaria Municipal da Fazenda	1	1
DRS XIII	Não houve indicação de Representante	Não houve indicação de Representante
SUCEN	1	1
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Ribeirão Preto – USP	1	1
Faculdades da área de saúde do Campus de Ribeirão Preto – USP	1	1
Cursos da área de saúde das instituições privadas de ensino superior de Ribeirão Preto	1	1
Entidades Privadas Filantrópicas, Beneficentes ou sem fins lucrativos mantenedoras de hospitais e serviços de saúde	1	
Representante das sociedades e empresas privadas não abrangidas pelo inciso anterior, prestadores de serviços		1
Centro Médico de Ribeirão Preto	1	1
Sindicatos e Associações representativos de profissionais de saúde de nível superior	1	1
Sindicatos e Associações representativos dos demais trabalhadores de saúde	Não houve interesse na Representação	
Sindicatos e Associações de Trabalhadores Assalariados não relacionados com a área de saúde	1	1
Sindicatos e Associações de Trabalhadores Autônomos não relacionados com a área de saúde	1	1
Sindicatos e Associações Patronais com sede ou base territorial no município não relacionados com a área de saúde	1	1
Entidades de Portadores da Patologia	2	2
Federação das Associações de Bairros de Ribeirão Preto	1	1
Associações de Bairros	4	4
Comissões Locais de Saúde	3	2

Fonte: Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto. 2012.

Quadro 3 - Composição do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto 2009 a 2012.

4.5 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Protocolo: nº 1450/2011).

Para a realização da observação e das entrevistas, os membros do Conselho foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo. Para os que concordaram participar, foi solicitado o

consentimento informado. Os participantes entrevistados foram esclarecidos quanto ao anonimato e sigilo das informações, a liberdade em interromper a participação na pesquisa quando houvesse necessidade, sem que isso acarretasse dano pessoal e/ou profissional.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 As atas do Conselho Municipal de Saúde no período de 2009 a 2012

De acordo com o artigo 2º do Regimento Interno do Conselho Municipal de Ribeirão Preto (CMS-RP), e considerando o que dispõe o Artigo 9º da Lei 5972, o Conselho se reúne ordinariamente a cada 3 (três) meses do ano e, extraordinariamente, sempre que convocado por seu Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros. As datas das reuniões ordinárias do Conselho são fixadas em sua primeira reunião anual realizada impreterivelmente até o dia 10 de março de cada ano. No período deste estudo, foram realizadas 17 reuniões no ano de 2012, 18 reuniões em 2011, 13 reuniões em 2010 e 11 reuniões em 2009.

As reuniões seguem uma estrutura de realização, sendo iniciadas pela *palavra do presidente*, seguida dos *informes*, *assuntos pautados* para deliberações, e, por fim, passa-se às *palavras dos conselheiros*. A estrutura da reunião pode ser alterada com a aprovação por meio de votação dos membros presentes, caso seja necessário.

A tabela 1 elenca as reuniões analisadas neste estudo e o quórum de participação dos conselheiros. Nesse sentido, destaca-se que o quórum representa a quantidade mínima obrigatória de membros presentes ou formalmente representados, para que uma assembleia possa deliberar e tomar decisões válidas (HOUAISS, 2004).

Tabela 1 – Distribuição das reuniões realizadas pelo Conselho Municipal de Ribeirão Preto segundo quórum. Ribeirão Preto, 2009 a 2012. N = número total de reuniões. (N1+2+3+4 = 61).

Ano 1	Mês	Dia	Quórum Suficiente	% de reuniões com quórum (N1 = 12) n (%)
	Março	24	Sim	
	Abril	23	Sim	
	Maio	21	Sim	
	Junho	25	Sim	
	Junho	30	Sim	
2009	Julho	14	Sim	11 (90,9)
	Agosto	06	Sim	
	Agosto	27	Sim	
	Setembro	24	Sim	
	Outubro	07	Não	
	Novembro	05	Sim	
	Novembro	24	Sim	

Ano 2	Mês	Dia	Quórum Suficiente	% de reuniões com quórum (N2 = 14) n (%)
	Março	11	Sim	
	Março	25	Sim	
	Abril	15	Sim	
	Maio	6	Sim	
	Junho	1	Sim	
	Junho	24	Sim	
2010	Julho	22	Sim	11 (78,57)
	Agosto	27	Não	
	Setembro	16	Sim	
	Setembro	30	Sim	
	Outubro	28	Sim	
	Novembro	25	Não	
	Dezembro	02	Sim	
	Dezembro	16	Não	

Ano 3	Mês	Dia	Quórum Suficiente	% de reuniões com quórum (N3 = 18) n (%)
	Janeiro	06	Sim	
	Janeiro	27	Sim	
	Fevereiro	3	Sim	
	Fevereiro	24	Sim	
	Abril	1	Sim	
	Abril	7	Sim	
	Abril	28	Sim	
	Maio	12	Sim	
2011	Maio	26	Sim	14 (77,77)
	Junho	28	Sim	
	Julho	28	Sim	
	Agosto	11	Sim	
	Agosto	25	Não	
	Setembro	29	Não	
	Outubro	6	Não	
	Outubro	25	Não	
	Novembro	24	Sim	
	Dezembro	15	Sim	

continua...

Ano 4	Mês	Dia	Quórum Suficiente	% de reuniões com quórum (N4 = 17) n (%)
2012	Janeiro	26	Sim	13 (76,47)
	Fevereiro	14	Não	
	Fevereiro	28	Sim	
	Março	8	Sim	
	Março	29	Sim	
	Abril	26	Sim	
	Maio	17	Sim	
	Maio	31	Sim	
	Junho	28	Sim	
	Julho	26	Sim	
	Julho	28	Sim	
	Agosto	30	Sim	
	Setembro	04	Não	
	Setembro	27	Não	
	Outubro	25	Sim	
	Novembro	29	Sim	
	Dezembro	18	Não	

conclusão.

Fonte: Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, 2012.

Observamos na tabela acima que no ano de 2009, o quórum deliberativo foi obtido em 90,9% das reuniões realizadas. Já no ano 2010 e 2011, houve uma queda neste percentual, chegando a média de 78% de reuniões com quórum suficiente. Em 2012, o quórum ocorreu em 76% das reuniões.

Considerando a importância do quórum para as deliberações, vale ressaltar que muitas reuniões são iniciadas sem o quórum suficiente ou encerradas quando o quórum mínimo já está insuficiente, ou seja, vários membros se atrasam para a reunião e/ou ao longo da reunião vão se ausentando.

O problema da falta de quórum deliberativo é uma questão que diz respeito não só aos conselheiros, como também à Administração Municipal, uma vez que ao mesmo tempo que os membros do Conselho reivindicam que todas as decisões sejam tomadas no espaço do colegiado, segundo a Administração, muitas vezes, é preciso tomar decisões que não podem esperar o colegiado se reunir (GONÇALVES, 1999). Por outro lado, em alguns casos, não se pode deliberar em função da dificuldade de participação dos membros e, consequentemente, da obtenção do quórum mínimo para a tomada de decisões pelo Conselho.

Segundo Flamando e Troumpounis (2012), cada indivíduo decide de forma independente se irá participar de uma reunião em que o resultado vai ser selecionado como um compromisso entre as políticas ideais dos participantes, comparando o custo de participar em benefício de seu impacto na decisão final. Com efeito, neste caso, a restrição quórum não só induz a participação do encontro com excesso de reuniões e excessivos custos, mas

também cria uma distorção política. Por outro lado, nas situações em que a falta de quórum invalida uma reunião e a decisão precisa ser adiada e os indivíduos são obrigados a participar de uma próxima reunião para efeitos de quórum, o número de participantes na futura reunião pode diminuir porque os benefícios individuais podem ser menores.

Nas observações realizadas, percebe-se que a falta de quórum é um fator que gera incômodo nos conselheiros que de fato frequentam e se comprometem com as reuniões do conselho, pois declaram que disponibilizam tempo e energia para se dedicar a uma causa que consideram importante e que são prejudicados por outros membros que não assumem a responsabilidade com o cargo de conselheiro. Sendo assim, via de regra, esse fato gera mal-estar entre os presentes e a falta de motivação para participações futuras.

O quórum mínimo de participação para as reuniões do CMS de Ribeirão Preto é calculado pela metade mais um de presença dos conselheiros titulares. O lado positivo da aplicação de tal critério para deliberação pode ser o de servir como um meio de criar publicidade e conceder legitimidade à decisão alcançada em uma reunião, além de aumentar o número de indivíduos que participam do processo de tomada de decisão. Nesse contexto, salienta-se a importância da presença dos membros do Conselho como requisito mínimo para a efetividade de uma participação que seja democrática.

Além do quórum, também é relevante descrever a presença por segmento detalhada na Tabela 2.

Tabela 2 - Presença por segmento dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto nas reuniões mensais no período de 2009 a 2012.

Ano	Segmento	Presença N (n)	(n %)	Ausência N (n)	(n %)
	Gestores	60 (36)	60	60 (24)	40
2009	Trabalhadores	96 (70)	72,91	96 (26)	27,09
	Usuários	156 (114)	73,07	156 (42)	26,93
	Gestores	84 (69)	82,14	84 (15)	17,86
2010	Trabalhadores	112 (66)	58,92	112 (46)	41,08
	Usuários	182 (121)	66,48	182 (61)	33,52
	Gestores	71 (61)	84,72	71 (10)	15,28
2011	Trabalhadores	126 (70)	55,55	126 (56)	44,45
	Usuários	234 (148)	63,24	234 (86)	36,76
	Gestores	68 (41)	60,29	68 (27)	39,71
2012	Trabalhadores	121 (54)	44,53	121 (67)	55,47
	Usuários	221 (154)	69,68	221 (67)	30,32
	Gestores	288 (207)	71,78	288 (81)	28,22
% Média	Trabalhadores	448 (260)	57,97	448 (188)	42,03
	Usuários	788 (537)	68,11	788 (251)	31,89

Fonte: Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto. 2012

Considerando a presença dos titulares ou dos suplentes em seu lugar, no ano de 2009, o segmento de gestores foi o que menos se fez presente nas reuniões (60%). Ainda, os segmentos de trabalhadores e usuários tiveram uma presença média de 73,01%. Dessa forma, apenas 2 gestores tiveram 100% de presença nas 12 reuniões realizadas no ano de 2009, e 1 membro apresentou 83,33% de ausência.

Os dados coletados nas atas de 2009 demonstram que dos 8 prestadores de serviços e trabalhadores, houve uma média de 25% de ausência, ou seja, falta em 3 reuniões. Dentre os 13 membros representantes dos usuários dos serviços, apenas 1 teve 100% de presença, porém todos os outros mantiveram uma taxa de ausência baixa (25%).

No ano de 2010, houve um aumento significativo na presença dos gestores (de 60% para 82,14%) e queda na participação dos prestadores de serviços e trabalhadores (de 72,91% em 2009 para 58,92% em 2010) e dos usuários (de 73,07 para 66,48%).

Segundo dados coletados junto às atas de 2010, das 14 reuniões realizadas no ano de 2010, o segmento de gestores contou com 1 membro presente em 100% das reuniões e o

restante obteve uma ausência média de 35,71%, com aproximadamente 5 faltas.

Dentre os 8 prestadores de serviços e trabalhadores de saúde, 1 membro teve 12 faltas, o que representa 85,71% de ausência, enquanto o restante obteve 34,69% de ausência, ou seja, uma média de aproximadamente 5 faltas.

Dos 13 usuários, apenas 1 teve 100% de presença na reuniões. Em contraposição, 1 outro membro teve 10 faltas (71,42% de ausência) e o restante uma média de 4,63 de faltas (33,11% de ausência).

No ano de 2011, o segmento de gestores, assim como em 2010, foi o que mais se fez presente nas reuniões (84,72%). Já os prestadores e trabalhadores continuaram com uma diminuição em sua participação (55,55%).

Ainda, dentre o segmento dos gestores, conforme os dados coletados nas atas de 2011, nas 18 reuniões do ano de 2011, 1 titular se ausentou 2 vezes sem a presença de seu suplente e outro titular faltou 7 vezes sem a presença de seu suplente. No restante, houve 100% de presença de titulares e/ou suplentes.

Dos 7 membros do segmento de trabalhadores e prestadores de serviços, apenas 2 tiveram presença total do titular ou seu suplente, sendo que um membro e seu suplente faltaram em todas as reuniões. Os outros 4 membros tiveram ausência média de titular e suplente de 38,88%.

Do segmento dos usuários (13 titulares), 3 membros titulares ou suplentes estiveram presentes em todas as reuniões. Com relação ao restante, houve uma ausência média de 43,33% de titulares e suplentes.

Em 2012, o segmento que mais esteve presente nas reuniões foi o de usuários de saúde, com 69,68% de presença. Houve queda na participação de gestores e trabalhadores, de 84,27% para 60,29% e de 55,55 para 44,53%, respectivamente.

Entre os gestores, os membros que mais estiveram presentes nas 17 reuniões do ano, compareceram em 15 e 12 reuniões, e o que menos compareceu, esteve presente em 5 reuniões. Dentre os trabalhadores, os mais assíduos frequentaram 10 e 11 reuniões, enquanto o menos assíduo, frequentou 4. Já entre os usuários, a maioria teve boa assiduidade, sendo que os membros que mais frequentaram as reuniões, estiveram presentes em 16 e 14 encontros e o menos assíduo, em 6, de acordo com os dados coletados nas atas de 2012.

A participação dos membros suplentes nas reuniões foi extremamente baixa. Estes não possuem obrigatoriedade de presença, porém seria interessante que apresentassem envolvimento com o CMS, pois podem vir a substituir ou representar um membro titular, caso seja necessário.

Com base na observação realizada, inferimos que a presença dos gestores se faz maior devido ao papel que lhes é atribuído de conduzir as reuniões, trazer o maior número de informações possíveis sobre os assuntos pautados e esclarecer dúvidas que, por ventura, surgirem. Nesse contexto, o envolvimento dos gestores é de extrema importância para o bom andamento das reuniões. O segmento dos usuários também demonstrou estar bastante envolvido, observação corroborada pelo fato de ficarem em segundo lugar no número de presenças nas reuniões. Ressalta-se, ainda, que durante as reuniões, os usuários reiteradamente manifestaram seu interesse em, por meio da participação, "lutarem" por suas necessidades, sejam elas individuais ou coletivas. Como este segmento possui maior representatividade dentro do CMS, devido ao critério de paridade de membros, o envolvimento dos usuários é muito relevante.

De forma geral, vale ressaltar que a frequência da participação é importante, pois demonstra o compromisso que o membro tem com o Conselho e com a categoria por ele representada. Outrossim, além do número de presenças, é relevante que os diferentes segmentos se manifestem durante as reuniões. Com o propósito de identificar a participação dos membros nas reuniões, a tabela 3 apresenta, quantitativamente, o número de falas dos gestores, trabalhadores e usuários elencadas nas atas analisadas.

Tabela 3 – Distribuição das falas dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, nas reuniões segundo segmentos. Ribeirão Preto, 2009 a 2012.

	2009	**%**	**2010**	**%**	**2011**	**%**	**2012**	**%**
Gestores	147	34,04	244	38,66	368	57,68	221	56,09
Trabalhadores	83	19,21	124	19,65	79	12,39	61	15,49
Usuários	202	46,75	263	41,69	191	29,93	112	28,42
Total	**432**	**100**	**631**	**100**	**638**	**100**	**394**	**100**

Fonte: Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto. 2012

Da análise da tabela 3, podemos identificar que nos anos de 2009 e 2010 os segmentos que mais se manifestaram foram os usuários. Em 2011, a participação dos gestores aumentou de 38,66 (2010) para 57,68%, se tornando o segmento que mais se manifestou durante as reuniões. Neste ano, a participação dos usuários em números de falas passou de 41,67% (2010) para 29,93%. Em 2012, os gestores continuaram sendo o segmento com maior número de manifestações com 56,09%, seguidos dos usuários com 28,42%. Durante todo o mandato, o segmento dos trabalhadores teve o menor número de falas.

Nessa perspectiva, estudo realizado por Duarte e Machado (2012), avaliando a participação por segmento no âmbito dos Conselhos, demonstrou que 76% dos membros consideram que há diferença no grau de participação entre os segmentos, assim como demonstram os achados desta pesquisa.

Em contraposição aos dados obtidos neste trabalho, Duarte e Machado (2012) apontam o segmento dos trabalhadores como o mais participativo e o dos usuários como o menos participativo, diferentemente da presente pesquisa, na qual entre 2009 e 2010, os usuários foram os que tiveram maior número de falas e entre 2011 e 2012, os gestores. Ainda, o fato dos trabalhadores terem baixa participação em termos de fala durante o mandato analisado do CMS-RP pode ser considerado um indicador preocupante, uma vez que, como membros com maior conhecimento técnico na área da saúde poderiam contribuir de forma mais efetiva nas diferentes discussões realizadas, com possibilidades de oferecerem dados e vivências que embasassem de forma mais efetiva futuras ações e políticas de saúde.

Para compreender melhor os assuntos discutidos e a participação dos diferentes segmentos nas reuniões do CMS, as atas foram lidas e o seu conteúdo analisado e descrito nos quadros abaixo, de acordo com os assuntos abordados e as manifestações de cada segmento.

No início de todas as reuniões, as atas são lidas e colocadas em votação para serem aprovadas, após correções mencionadas pelos próprios conselheiros, caso sejam necessárias. Como mencionado previamente neste trabalho, depois, passa-se à Palavra do Presidente, aos Informes e, posteriormente, à Ordem do Dia, ou seja, os assuntos pautados para a reunião. Quando há pedido de alguma alteração ou inversão de pauta, a proposta é colocada em votação para ser decidida. Por último, abre-se para as Palavras dos Conselheiros. O Quadro 4 sintetiza os itens que contaram com algum tipo de manifestação dos membros nas reuniões realizadas em 2009.

Data	Demanda	Representante do Segmento dos Gestores (RSG)	Representante do Segmento dos Trabalhadores (RST)	Representante do Segmento dos Usuários (RSU)
24 de março	**Relatório de Gestão 2008**		Sugestão de incluir as metas de 2009 e as realizadas em 2008.	Necessidade de criar leitos psiquiátricos. Ressaltou também que a meta de estimular o envolvimento de Agentes de Controle de Vetores em reuniões com grupos gestores consta como cumprida e não foi.
23 de abril	**Programa Pró- Santa Casa**	Explicações sobre o programa		Chama a atenção que verbas públicas repassadas a hospitais não foram analisadas pelo CMS, desrespeitando o direito de participação da comunidade na gestão. Questiona qual retribuição será oferecida pela Santa Casa e o Hospital Beneficência.
	Prestação de Contas Convênio 2997/4 sobre Cartão SUS. Deliberação: Aprovada com 12 votos a favor, 10 contra e 2 nulos	Explica que 80% da população já está cadastrada no Programa.	Sugere reunião com pauta única sobre o assunto.	Questiona recebimento do cartão por uma minoria da população. Questiona quais equipamentos foram comprados e se estão sendo utilizados realmente e sugere que não seja aprovado até que isso seja esclarecido.
	Indicação de RSU para compor o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Deliberação: Proposta de RSU rejeitada e indicação dos representantes.	Explica que essa participação é uma valorização da população.		Questiona participação dos RSU, pois não se manifestam. 1 RSU propõe suspensão da indicação por 30 dias para que discutam os problemas já passados e definam qual posicionamento irão tomar.
21 de maio	**Subvenção para criação de leitos de Pronto Atendimento (P.A.) do SUS (Sociedade Beneficente, Hospital Santa Casa de Misericórdia, Hospital Imaculada Conceição Portuguesa de Beneficência)**	Explicações. Sugestão de leito de isolamento para tuberculose.	Parabenização. Explicação de custos. Solicita apresentação de metas e escalas.	Preocupação com pacientes da região. Questionamento de custos de leitos de P.A., enfatiza importância da fiscalização e do aumento do número de leitos de P.A. no município de Ribeirão Preto.
	Plano de Ação de Vigilância Sanitária 2009	Explicações	Questionamento sobre o funcionamento de consultórios nas unidades.	Sugestão para prestação de contas. Questiona quantidade de fiscais para o número de entidades a serem fiscalizadas.

continua...

21 de maio	**Construção de UBS Jardim Marchesi e reforma Unidade Básica de Saúde (UBS) Parque Ribeirão Preto.** Deliberação: Formação da Comissão de Acompanhamento.	Explicações. Refere que já foi pré aprovado pelo Ministério e que, portanto, as questões técnicas já foram analisadas.	Sugere fiscalização e explicação de custos. Comissão deve ser composta também de servidores.	Sugere formação de comissão de acompanhamento técnico de infra estrutura. Pede informações mais detalhadas.
25 de junho	**Formatação das reuniões.** Deliberação: Aprovado que o suplente que quiser todo o material deverá pedir. Aprovada por unanimidade proposta de início das reuniões às 19 horas.	Explicações da formatação (1- Palavra do Presidente; 2- Ordem do dia com 10 sub-itens; 3- Palavra dos Conselheiros; 4- Palavra dos Presentes). Sugestão de iniciar as reuniões com apresentações de 20 minutos sobre as atividades da Secretaria.	Sugestão de realizar uma experiência com prazo de três meses para avaliação.	Suplente de RSU quer receber não somente a pauta, mas todo o material das reuniões (forma de estimular a presença dos suplentes). Sugestão de início das reuniões às 19 horas.
	Regimento Interno do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Deliberação: Aprovado por unanimidade inclusão de apresentação anual de prestação de contas.			Sugestão de incluir apresentação anual de prestação de contas.
	Plano Regional do CEREST		Sugestão de aprovação com condicionantes de trazer a equipe de São Paulo com a Diretoria Regional de Saúde (DRS) para a reunião.	Pedem que as metas sejam quantificadas e que comecem a ser executadas no prazo de 3 meses (revisão).
	Normatização na indicação de representantes do CMS em viagens. A pedido de RSU. Deliberação: Haverá apresentação dos convites quando houver tempo hábil, caso contrário, será enviado via e-mail.	Explica que quando conselheiros viajam representando o CMS devem trazer a devolutiva do que foi realizado.		Explica que conselheiros estão viajando sem que seja previamente debatido em plenária.

continua...

30 de junho	**Diretrizes da Saúde do Trabalhador**	Questiona como funciona o financiamento para a saúde do trabalhador e como são aplicados os recursos. Sugestão de melhorar a equipe do CEREST (avaliação de quais são os profissionais necessários de acordo com indicadores). Sugestão de reuniões semestrais entre CEREST Regional e Estadual (de acordo com o planejamento).	Dúvidas quanto às notificações. Questiona repasse de 2008 e 2009 que não foi feito (é esclarecido que houve falta de informações necessárias para liberação do valor). Importância da educação permanente e preparação dos funcionários do SUS para atentarem a doenças relacionadas ao trabalho.	Dúvida quanto à relação entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério do Trabalho. Sugestão de utilização da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPAS) para colher dados. Controle social aprovou um relatório e imaginou que o repasse seria feito. Questiona necessidade de reserva financeira do CEREST (faz reserva pensando que o Ministério pode não fazer o repasse e o Ministério entende que não precisa fazer o repasse pois o CEREST tem a reserva).
6 de agosto	**Plano Municipal de Alimentação e Nutrição 2009** Deliberação: Aprovado por unanimidade		Sugestões de otimização de recursos.	Questionamento de material não enviado previamente para leitura bem como sobre valores.
	Plano Municipal de Saúde e Programa de Ação de Saúde e Plano Plurianual (PPA)	Mudança aprovada de vigência para 2010 -2013 para ajustar o plano com o orçamento (2009 foi ano atípico).	Sugere regulação unificada. Questiona falta de indicadores em algumas questões.	Questiona legalização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Sugestão de rever meta de cobertura de 50% de Equipes de Saúde da Família (ESF) devido a dificuldade em cumpri-la.
27 de agosto	**Projeto de Implantação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA)**	Esclarecimentos	Questiona dificuldade para a contratação de médicos generalistas. Como atingir meta de cobertura de 50% de ESF e ainda UPA com a falta de médico generalista.	Questiona local e se UPA irá se sobrepor à Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS). Pede atenção para Bonfim Paulista. Parabeniza a iniciativa.
	Projeto Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Regional			Questiona burocracia na remoção de pacientes internados em outras cidades. Sugestão de criação de cartilha explicando aos usuários como utilizar o serviço.
24 de setembro	**Projeto de Construção do Laboratório de Manipulação e Reforma do ambulatório de saúde da mulher**	Explicações. Relatório será enviado aos conselheiros.		Questiona orçamento. Um RSU se retira da reunião, pois acredita que presidenta não está seguindo a pauta do dia.

continua...

	Plano de Ação e Metas para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) 2010 Deliberação: Aprovado por unanimidade.		Pedido do relatório 2008 para análise. Parabeniza a apresentação do plano de metas. Questiona medidas de educação.	Dúvidas sobre meta de diagnóstico, tratamento e assistência. Enfatiza necessidade da, Casa de Apoio e da prestação de contas.
5 de novembro	**Proposta de capacitação da Rede Amamenta Brasil**	Explica que a proposta visa capacitar tutores da rede básica de saúde para ações de aleitamento	Ressalta que a redução de mortalidade infantil é meta do Plano Municipal de Saúde	Questiona recursos financeiros. Parabeniza a proposta e comenta sobre a importância do aleitamento materno. 1 RSU questiona porque a capacitação é voltada para os profissionais e não para as mães.
	Apresentação do Projeto Universidade Aberta do SUS (UNASUS) – curso de capacitação para profissionais de ESF. Deliberação: Aprovado com 12 votos a favor e 1 contra	Apresentação.	Afirma que a questão salarial é um problema a ser resolvido e que é preciso verificar onde há lotações e deslocar profissionais para unidades onde faltam médicos. Explica que o projeto foi aprovado, mas somente será implantado após a liberação do CMS.	Questiona sobre o valor do salário para médicos. Parabeniza o projeto e sugere formação de Comissão de Acompanhamento. 1 RSU não concorda que o projeto tenha sido levado para aprovação do Conselho depois de ser implementado.
5 de novembro	**Avaliação de metas do convênio com Sociedade Beneficente e Hospitalar Santa Casa**. Deliberação: Aprovado por unanimidade.	Fornece várias explicações. Explica que por enquanto os auditores estão fiscalizando e fazendo os relatórios até que o sistema passe a ser todo online.	Refere ser importante a fiscalização, visitas aos hospitais e um serviço de auditoria eficaz. Solicita que seja formada uma comissão que possa cobrar dos deputados votarem a Emenda Constitucional 29.	Questiona a utilização de recursos financeiros, a apuração de índices de satisfação, o não alcance de algumas metas, o alto índice de internação e outros parabenizam o trabalho realizado, dizem que há falhas notórias no relatório, mas que a maioria das metas foram atingidas.
24 de novembro	**2ª Conferência Municipal de DST/AIDS de Ribeirão Preto**	Questiona a indicação de apenas 4 usuários para representar o CMS, sendo que a Conferência é uma atividade de controle social. Sugestão de apresentação do regimento para a Comissão Municipal de Saúde.		Questiona validade do regimento publicado no diário oficial, pois este não foi apresentado e aprovado pelo CMS. Um usuário vota contra, pois fere o Regimento do CMS.

Fonte: Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto. 2012 Conclusão.

Quadro 4 - Demandas com manifestações dos membros nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Ribeirão Preto, 2009.

No ano de 2009, a maioria dos pronunciamentos dos gestores foram no sentido de dar esclarecimentos sobre os temas debatidos, fornecendo maiores informações aos membros do Conselho para que estes entendessem melhor sobre os assuntos discutidos. Os gestores também fizeram alguns poucos questionamentos e sugestões. Os gestores deram explicações sobre o Relatório de Gestão 2008, o Programa Pró-Santa Casa, a prestação de contas de Convênios, a subvenção para criação de leitos de P.A. do SUS, o Plano de Vigilância Sanitária 2009, a construção da UBS Jardim Marchesi e a reforma da UBS Parque Ribeirão Preto, a normatização na indicação de representantes do CMS em viagens, o Plano Municipal de Saúde e o Programa de Ação de Saúde e Plano Plurianual (PPA), o Projeto de implantação da UPA, o Projeto de Construção do Laboratório de Manipulação e Reforma do Ambulatório de Saúde da Mulher, o objetivo da Proposta de capacitação da Rede Amamenta Brasil e o Projeto UNASUS. O segmento também apresentou sugestão de formatação da reunião do CMS.

Com relação ao segmento dos trabalhadores, a maioria das manifestações foram no sentido de sugerir soluções. Os trabalhadores se manifestaram fazendo comentários ligados à sua prática profissional e poucos questionamentos quanto aos diferentes processos de tomada de decisão, ao passo que o segmento dos usuários foi o que mais questionou e ofereceu sugestões, promovendo também discussões interessantes sobre as necessidades vivenciadas e se colocando como oposição à "ordem estabelecida" no contexto do Conselho. Dessa forma, é significativa a tomada de posição de alguns conselheiros que se retiraram da sala, por notarem irregularidades, de acordo com a sua impressão, no processo de condução da reunião.

Nas atas analisadas, os usuários reclamaram em situações em que se sentiram desrespeitados em sua função de conselheiros, quando, por exemplo, a verba pública repassada ao Programa Pró-Santa Casa não foi analisada previamente pelo CMS e quando o regimento da 2ª Conferência Municipal de DST/AIDS de Ribeirão Preto não foi apresentado com antecedência pelo CMS. Estas ocorrências demonstram o interesse do segmento de usuários em fazer valer, por meio de sua participação, o seu direito de controle social. Ressalta-se, ainda, que as observações confirmaram que os representantes dos usuários nesta gestão estavam atentos às pautas discutidas e às ações realizadas pelo Conselho e Secretaria Municipal de Saúde, buscando cumprir suas atribuições como conselheiros.

Nesse cenário, constata-se que os membros do Conselho tiveram espaço para se manifestar, fazer questionamentos e sugestões a respeito dos assuntos discutidos. Percebe-se no conteúdo das atas que em todos os assuntos, os segmentos se manifestaram de alguma forma, havendo, portanto, razoável qualidade política de participação dos Conselheiros. De

forma geral, as sugestões dos conselheiros foram levadas em consideração e colocadas em votação para que a plenária deliberasse e a maioria das deliberações foram por unanimidade.

Muitos assuntos internos e burocráticos também foram discutidos durante as reuniões, como: relatório de gestão, prestação de contas, indicação de representantes e formatação de reuniões. Nesse sentido, a pauta de assuntos tratados pelo CMS-RP durante a realização deste estudo corrobora os dados discutidos no capítulo 2 de que os Conselhos ainda trabalham com uma visão fragmentada da saúde e que os assuntos tratados não são estruturantes do setor.

Em muitas situações, a atuação do Conselho fica limitada à deliberações burocráticas, como aprovação de prestação de contas, projetos e planos de saúde, e a assuntos pontuais, que embora sejam importantes e precisem de resolução, poderiam ser tratados e solucionados no âmbito das próprias unidades de saúde, deixando para o CMS assuntos de maior relevância para a saúde do município. Como um órgão de magnitude municipal e estruturante das políticas públicas de saúde, O CMS deveria priorizar questões maiores e que gerassem maior impacto no desenvolvimento do município.

Outrossim, os Conselhos ainda têm pouca autonomia para definir políticas de saúde, funcionando como instância burocrática e com articulação intersetorial mínima. A sua capacidade de melhorar a prestação dos cuidados de saúde é limitada, apesar da crescente melhoria na responsabilidade. Assim, é necessário reforçar a autonomia desses Conselhos, oferecer capacitação técnica e aumentar a participação da comunidade (SHIMIZU; DYTZ; LIMA; PEREIRA, 2009).

Em 2009, também foi discutida a Proposta de Capacitação da Rede Amamenta Brasil, o Plano de Ação e Metas para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) 2010, o Projeto de implantação da UPA, o Plano Municipal de Saúde, o Programa de Ação de Saúde e o Plano Plurianual. Durante os debates relacionados a estes temas, os trabalhadores e usuários fizeram sugestões e questionamentos. Nos casos das discussões envolvendo o Projeto do SAMU Regional, projeto de construção de laboratório de manipulação e reforma de ambulatório de saúde da mulher, somente os usuários fizeram questionamentos e sugestões.

Quando os membros, geralmente trabalhadores e usuários, não se sentiam preparados para deliberar sobre determinado assunto, foi solicitada a formação de Comissão de Acompanhamento para averiguação de fatos, como foi o caso da construção da UBS Jardim Marchei e a reforma na UBS parque Ribeirão Preto, do Projeto Universidade Aberta do SUS (UNASUS) – curso de capacitação para profissionais de ESF. Desse modo, estudos demonstram que o nível de conhecimento dos conselheiros é uma realidade que interfere na

atuação do CMS, podendo limitá-la como instrumento de repasse de informações sobre a situação de saúde no município ou atuar, em alguns momentos, apenas como uma exigência legal para a homologação de decisões pré-definidas pela SMS (COTTA, 2011).

Quanto ao item avaliação de metas do convênio com a Sociedade Beneficente e Hospitalar Santa Casa, os trabalhadores solicitaram que fosse formada uma comissão para cobrar os deputados a votarem a Emenda Constitucional 29. Todas estas solicitações foram votadas e aprovadas pelo CMS-RP.

Após a visão geral dos itens discutidos durante as reuniões do ano de 2009, o quadro 5 apresenta as demandas trazidas por usuários neste período.

	Demandas
Regimento interno do CMS	Proposta para formatação das reuniões. Opinião de um usuário sobre tempo de fala dos conselheiros (cabe ao presidente controlar para que não extrapole o tema em pauta). Questionamentos sobre substituições de conselheiros titulares por outros que não são seus suplentes sem eleição. Questionamentos sobre vale transporte e adesivos de estacionamento para os conselheiros frequentarem as reuniões. Crítica aos gestores que não permanecem até o final das reuniões. Menciona ausência de representantes da Secretaria nas reuniões.
Condições dos serviços de saúde no município	Situação crítica do Complexo do Ribeirão Verde. Construção da Distrital. Ventiladores quebrados UBDS Castelo Branco. Maus tratos de idosos. Piora do SAMU e demora na regulação. Solicitação de uma UPA para o bairro Ribeirão Verde. Solicita que a Saúde Mental realize apoio matricial às 16 ESF. Escola Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) montada no Ipiranga não está realizando atendimento. Solicita substituição do gerente da UBDS Castelo Branco que nunca está presente na Unidade. Sugestão de convidar gerentes das Unidades para que possam esclarecer e trazer suas demandas. Preocupação com a falta de médicos nas Unidades. Solicitação de médico ginecologista para UBS São José prometido pela presidenta do CMS e cuja solicitação até o momento não havia sido atendida.
Prestação de contas	Necessidade de se conhecer melhor as fontes de recursos que financiam as atividades de saúde de RP e suas aplicações.

Fonte: Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto. 2012

Quadro 5 - Demandas trazidas pelo segmento dos usuários ao Conselho Municipal de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2009.

As informações elencadas no quadro acima demonstram que os representantes dos usuários trouxeram ao CMS-RP muitas demandas decorrentes de suas experiências individuais diárias relacionadas aos serviços de saúde e não em nome de um grupo. Ao

abordar este tema, Duarte e Machado (2012) evidenciaram que, embora 65% dos conselheiros entrevistados em seu estudo declararam que sempre ou muitas vezes remetiam ao Conselho assuntos provenientes das bases as quais representavam, havia um considerável grau de desconexão entre a atuação dos conselheiros e as instituições representadas por eles (35%), sendo o segmento dos usuários o que apresentava maior desarticulação entre conselheiros e comunidade.

Considerando os problemas vivenciados pelos usuários dos serviços de saúde no contexto do SUS, destaca-se, também, a tendência de buscarem soluções para problemas urgentes da comunidade, procurando respostas de curto prazo e com menos foco em soluções de médio e longo prazo. Este é um ponto negativo que restringe muito a possibilidade de influência do CMS no desenvolvimento do município, pois as demandas ficam limitadas a situações pontuais de determinadas regiões da cidade.

Outra questão importante trazida pelos usuários é referente à estrutura física e humana oferecida pelo Conselho aos seus membros. As reuniões são realizadas em um auditório da SMS, que possui mobiliários e equipamentos em bom estado de conservação, com bancos estofados e aparelho projetor para apresentações em *power point*. Porém, os conselheiros repetidamente demonstravam sua insatisfação com relação à inexistência de um ambiente de trabalho específico para eles. Após muitos pedidos, foi concedida uma sala com duas mesas e um computador para uso dos conselheiros. Embora a estrutura física esteja adequada, os conselheiros ainda não conseguiram auxílio para condução, ou seja, vale transporte ou lugar específico para estacionarem o carro para que possam frequentar as reuniões. Essa questão foi alvo de reclamações por parte dos conselheiros, que referem que além de não serem remunerados para exercerem esta função, também não contam com qualquer ajuda de custo. Tal fato pode influenciar a frequência dos membros às reuniões do CMS, uma vez que estes, via de regra, avaliam, como já mencionado previamente, o custo/ benefício em participar de uma reunião como esta. A falta de ajuda de custo, o fato de nem sempre poderem ter suas reivindicações atendidas, e às vezes, nem ao menos colocadas em votação, associados ao sentimento de que muitas reuniões não são produtivas por serem muito repetitivas e pouco deliberativas pode explicar a diminuição da motivação e consequente esvaziamento de quórum, prejudicando e inviabilizando o trabalho realizado pelo CMS. A seguir, o quadro 6 apresenta as demandas com manifestações dos membros nas reuniões do CMS de 2010.

Data	Demanda	Gestores	Trabalhadores	Usuários
11 de março	**Alteração da data da I Conferência Municipal de Saúde Mental** Deliberação: Aprovada com 11 votos a favor e 4 contrários.	Apesar das conferências serem independentes, o município não possui equipamento próprio de Saúde Mental e depende do Estado.	Solicita alteração, pois coincide com a Conferência Regional de Saúde Mental.	
	Alteração do Regimento Interno do Grupo Técnico de Avaliação e Prevenção de Acidentes de Trânsito e Transporte Técnico (GAPAT). Grupo possui dois representantes no CMS e solicita desvinculação para alterações no regimento. Deliberação: Aprovada, com 13 votos a favor e 6 contra.	Esclarece que o grupo não é previsto no organograma e que o vínculo ao CMS foi um equívoco.	Explica que alguns projetos e a liberação de verba ainda dependerão da aprovação do CMS.	É contra a desvinculação, pois a verba de manutenção do grupo é municipal. Refere que dessa forma não poderá solicitar aprovação de verba ao CMS.
	Credenciamento de Equipes de Saúde Bucal (ESB). Deliberação: Aprovado por unanimidade.	É proposta a aprovação de 7 ESB nas Unidades de Saúde da Família (USF), conforme consta na Programação Anual de 2010.	Questiona como será o remanejamento dos profissionais.	Questiona o financiamento das equipes, critério de escolha dos locais. Parabeniza a iniciativa.
	Projeto da Residência Multiprofissional que objetiva o desenvolvimento de habilidades profissionais na perspectiva da educação continuada, da atenção integral e do conceito ampliado de saúde, com ênfase na Atenção Básica a Saúde. MS concedeu 11 bolsas. Deliberação: Aprovado por unanimidade.	Explica que o projeto está distribuído com 60% para a Atenção Primária (USF), 20% na Atenção Secundária (Hospital Regional) e 20% na Atenção Terciária (HC). Parceria com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), Hospital das Clínicas, 5 Núcleos Saúde da Família, Centro de Atenção Primária, Hospital Regional, DRS XIII e SMS.	Parabeniza e ressalta que o programa beneficiará o SUS.	Questiona sobre termos técnicos, objetivos e plano de trabalho. Questiona área de abrangência.

continua...

Data	Demanda	Gestores	Trabalhadores	Usuários
	Projeto Pet-Saúde 2010-2011 da SMS e Campus USP Ribeirão Preto. Deliberação: Aprovado, com 11 votos a favor e 1 contra**.**	Aprovado pelo MS. Objetiva trabalhar com professores e funcionários, aproximando a universidade com o serviço do SUS. Serão sete equipes destinadas ao Distrito Oeste.	Explica que o PET-Saúde pode ofertar bolsas do MS para os profissionais da rede.	Questiona recursos e por que não são todos que ganham bolsa. 1 RSU questiona detalhes da atuação dos alunos e vota contra pois o programa sugere que os alunos sejam mais qualificados que os profissionais de saúde.
25 de março	**Apreciação do Relatório de Gestão 2009.** Deliberação: Aprovado por unanimidade.	Explica que a proposta da SMS é a criação de um departamento para a Atenção Básica desvinculado da Unidade de Emergência (U.E.).	A média anual de consultas nas especialidades básicas foi a metade da capacidade. Atenção Básica está debilitada sendo necessário mudar o sistema de atendimento. Deve-se investir na educação para alterar a cultura da população.	Comenta que atendimentos no P.A. e especialidades ultrapassaram a meta proposta e que isso não é positivo. Diz que deve-se investir em agentes comunitários para fortalecer a Atenção Básica.
15 de abril	**UBDS Vila Virginia.** Deliberação: Aprovada a realização de oficina para análise de dados e decisão de como adequar espaços da Unidade.	Houve aumento de atendimentos devido a dengue e vacinação H1N1. O prédio antigo e projetos de reforma não se concretizaram. Parabeniza a Comissão Local de Saúde (CLS) que mostrou os problemas e propostas de curto, médio e longo prazo. Necessidade de segurança terceirizada, com catraca e controle do fluxo. Explica que a reforma realizada visou otimizar espaços.	Relata falta de informações precisas. Sugere oficina para que todos possam conhecer melhor o distrito e tomarem decisões concretas.	Necessidade de estudo logístico para organização do espaço, em conjunto com SMS, gerente e arquitetos. 1 RSU se retira da reunião pois acredita que as informações eram insuficientes para votação. Não concorda com a condução da reunião, pois o coordenador interrompe a cada fala para dar o seu ponto de vista e pessoas que não são do CMS falam no momento em que a discussão é apenas para conselheiros.

continua...

Data	Demanda	Gestores	Trabalhadores	Usuários
6 de maio	**Prestação de Contas do Leva e Traz.** Deliberação: Aprovado o encerramento do atual contrato, criada Comissão para elaborar novo projeto, e providenciar uma alternativa em caráter de urgência para a população não ficar sem transporte e denúncia de irregularidades no contrato ao MP para apuração	Explica que rotas e horários de funcionamento foram estipulados pela Empresa de Trânsito e Transporte Urbano de Ribeirão Preto (TRANSERP).	Sugere Comissão para avaliar um novo projeto e Sindicância na Promotoria Pública para apurar os fatos. Recomenda compra de vans, estudo de roteiros e horários conforme necessidade dos pacientes. É favorável ao cancelamento do contrato, mas que a população carente de transporte não fique sem assistência e que seja contratado em caráter de urgência algo para substituir.	Relata uso ilegal do serviço, ônibus sem condições de uso, sem a logomarca do Leva e Traz, sem acesso a cadeirantes e ausentes nos horários noturnos e finais de semana. Rotas deveriam ser determinadas pela SMS. Solicita cancelamento do contrato. Implantação do Leva e Traz não passou pela aprovação do CMS, contrariando a lei.
	Prestação de Contas "Leitos de Urgência – Santa Casa e Beneficência Portuguesa". Convênio firmado devido demanda de ampliação de leitos de urgência. Aumento de 9 leitos em cada hospital. Deliberação: Apresentação de nova proposta técnica aos Convênios, com metas e indicadores.	Comissão com membros do Hospital e da SMS avalia mensalmente o cumprimento de metas e a pontuação entre janeiro e fevereiro de 2010 foi de 99,24%. Agradece empenho dos hospitais.	Relata diminuição do tempo de espera nas Distritais. A disponibilização dos leitos on-line foi uma conquista. Cobra posição da SMS sobre o não repasse dos recursos no ano anterior. Sugere formação de Comissão para visitar hospitais.	Relata que os pacientes são retirados das Distritais para morrerem nos hospitais sem vaga. Fala sobre a defasagem dos recursos para o SUS.
1 de junho	**Credenciamento do Hospital Santa Lydia. Motivo: leitos da Santa Casa e Beneficência Portuguesa estão sobrecarregados.**	Seguindo propostas dos conselheiros, forma grupo de trabalho para análise da situação da UE com base em dados concretos municipais e estaduais.	Esclarece sobre atendimentos na Santa Casa.	São contra pois o hospital era credenciado, recebeu verba e se descredenciou. Sugere formação de comissão para avaliar a situação de leitos no município. Sugere aumentar leitos da UE, da Santa Casa e da Beneficência. Contra transformação do Santa Lydia em Hospital Municipal devido a dívida grande que o hospital possui.

continua...

Data	Demanda	Gestores	Trabalhadores	Usuários
22 de julho	**Convênio USP-HC-FAEPA**	Questiona quais são as cotas do munícipio de agendamentos.	Esclarece que todos os pacientes são cadastrados e que os dados são obtidos por meio do cadastro. Refere que se deve pensar em uma melhor maneira de triagem, pois o processo das guias serem preenchidas nas UBS e levadas para a Regulação causa muita demora. Afirma que devem ser aumentados os leitos da UE e criados leitos de retaguarda, porque cada vez mais os pacientes ficam internados na UE. Além disso, é necessário conversar com o gestor regional para solucionar a questão de agendamento de vagas.	Refere que o HC atende mais pacientes da região que do município.
	Prestação de Contas. Deliberação: Aprovada proposta de aprovação em blocos.	Propõe aprovação em blocos visto que já foram analisadas pelos conselheiros.		
30 de setembro	**Discussão sobre a continuidade do Contrato da Organização de Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).**	Devido aumento de demanda, a SMS contratou uma OSCIP (entidades sem fins lucrativos, que apoiam a administração pública em serviços de saúde, educação, cultura, etc) em contrato de urgência de 3 meses para apoio no gerenciamento do P.A. da UBDS Central, renovável por mais três meses, e remanejou os clínicos, diminuindo tempo de espera para	Sugere conversar com médicos e Sindicato para compreender as reivindicações. É a favor da OSCIP por mais noventa dias. Relata que na UBDS Central está dando resultado. Sugere estabelecer metas quantitativas e qualitativas. Questiona quantos pacientes atendidos no P.A. estão sendo recolocados nas suas unidades de origem e o valor pago aos médicos.	Questiona sobre a contratação dos médicos. A decisão de contratar a OSCIP foi exclusiva da Prefeita, sem o aval do CMS.

		atendimento.		
Data	**Demanda**	**Gestores**	**Trabalhadores**	**Usuários**
16 de setembro	**Apresentação do cumprimento de metas do Plano Municipal da Saúde (PMS).** Deliberação: Aprovação por blocos de metas. Fica aprovado que a partir da reunião de outubro, a discussão sobre o PMS terá um espaço de meia hora.	Faz esclarecimentos	Questiona a que profissionais se destina a capacitação, pois a rede básica precisa estar preparada para esses atendimentos, pois no caso de epidemia, houve uma superlotação nas Distritais. Propõe que em cada reunião seja reservada meia hora para discussão do Plano.	Propõe que chame os usuários das regiões para dar sugestões, visando que tenha mais participação popular. Questiona como ficarão as agentes comunitárias que não puderam ser efetivadas.
30 de setembro	**Prescrição e seguimento de pacientes com órtese e prótese.**	O financiamento dos equipamentos era feito pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) até 2007/8, e passou para o Centro de Reabilitação (CER-HC-FAEPA), havendo cancelamentos de prescrições pelo Instituto de Reabilitação Lucy Montoro do HC, causando reclamações de pacientes. Deve-se tentar manter credenciamento para equipamento de reabilitação.	Considera importante essa procura de auxílio ao CMS, mas questiona que há pessoas esperando órtese e prótese desde 2007, afirmando que os conselheiros precisam acompanhar mais a situação. Questiona o que diz a Política Nacional do Portador de Deficiência.	Deve-se comunicar o Conselho Regional de Medicina, pois acusações de mudança de prescrição são graves. Colocará na pauta da reunião da Comissão de Políticas de Órteses e Próteses, para apresentar propostas ao Estado, para não perder as verbas.
28 de outubro.	**Apresentação do cumprimento de metas do Plano Municipal da Saúde (PMS).**	Esclarece que o CMS aprovou que o PMS fosse apresentado nas reuniões durante o ano para que os conselheiros acompanhassem a evolução.		Questiona sobre o recolhimento e castração de animais realizado pela Divisão de Controle de Zoonoses.

continua...

Data	Demanda	Gestores	Trabalhadores	Usuários
25 de novembro	**Apresentação do cumprimento de metas do Plano Municipal da Saúde (PMS).**	Faz esclarecimentos acerca dos imóveis fechados e encerra apresentação por falta de quórum.	Questiona sobre os dados atuais de dengue no município.	
2 de dezembro	**Discussão sobre o Conselho de Reforma Psiquiátrica (CRP).** Deliberação: Aprovada a criação de grupo de trabalho com metas e regulamentação da saúde mental no município.	Explica que CRP é um instrumento de Controle Social subordinado ao CMS, porém em dois anos nenhuma informação referente a existência de documentação do CRP ou local de reuniões foi disponibilizada ao CMS.		Propõe criação de Comissão de Saúde Mental e rediscussão do regimento interno do CRP. Defende criação de grupo de trabalho com metas e regulamentação da saúde mental no município.
16 de dezembro	**Apresentação do cumprimento de metas do Plano Municipal da Saúde (PMS).**	Encerra apresentação por falta de quórum.		Parabeniza a apresentação e o Departamento de Vigilância em Saúde pelo comprometimento com as realizações das metas propostas.

conclusão...

Fonte: Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto. 2012

Quadro 6 - Demandas com manifestações dos membros nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Ribeirão Preto, 2010.

Em 2010, os pronunciamentos do segmento dos gestores continuaram focados em esclarecimentos gerais sobre os assuntos pautados, bem como na condução das reuniões e na gestão das votações das propostas apresentadas. O segmento dos trabalhadores se ateve a questionamentos sobre atendimento no P.A. e ao remanejamento de profissionais no credenciamento das ESB, comentários sobre a continuação do contrato da OSCIP, sugestões de formação de oficinas na UBS Vila Virgínea, a criação de Comissões para avaliar um novo

projeto do Leva e Traz da Saúde, e esclarecimentos sobre o convênio USP-HC-FAEPA. Os representantes dos usuários apresentaram muitos comentários como a respeito das irregularidades do Programa Leva e Traz da Saúde e da questão dos pacientes com órteses e próteses. Ofereceram algumas sugestões focando, especialmente, as necessidades da população e maneiras de se avaliar melhor as situações apresentadas, como, por exemplo, sugerindo a criação de comissões para avaliar o credenciamento do Hospital Santa Lydia, e a criação de Comissão de Saúde Mental e de grupo de trabalho com metas e regulamentação da Saúde Mental. Questionaram, também, o financiamento das ESB e a escolha de suas localizações, os termos técnicos, objetivos, área de abrangência e o plano de trabalho do Programa de Residência Multiprofissional. Questionaram recursos do Projeto Pet-Saúde e pediram mais informações. Alguns usuários continuaram mantendo a postura de se retirar das reuniões quando não concordavam com a maneira como estavam sendo conduzidas e algumas reuniões foram encerradas por falta de quórum. Em relação ao Plano de Saúde Municipal, os usuários questionaram a situação dos ACS e o recolhimento e castração de animais pelo Controle de Zoonoses. Após esta visão geral, o quadro 7 especifica as demandas trazidas pelos usuários no ano de 2010.

	Demandas
Regimento interno do CMS	Solicita que os conselheiros tenham vale transporte em cartão e sala dentro do SAMU. Importância da participação da DRS no CMS, pois não é possível discutir leitos e regulação regional sem a participação da DRS.
Saúde no município	Solicita que UBS Jardim Aeroporto e Leva e Traz da Saúde tenham horário de atendimento até 22 horas. Solicita averiguação da melhoria do processo de exames com atrasos na entrega de resultados no Jardim Aeroporto. Ressalta falta de investimento do governo nas UBD's e UBS's. Preocupação com a falta de médicos nas Unidades. Problemas na Unidade Jardim Zara. Parabeniza Comissão Organizadora da Conferência de Saúde Mental. Alerta para a necessidade de ampliação da UBS Santa Cruz. Problema de segurança no Núcleo Geral de Atendimento (NGA). Necessidade de treinamento dos guardas municipais. Solicita composição de Comissão para análise do Fluxo dos Exames de Urgência. Máquina de litotripsia do HC quebrada e demanda reprimida. Solicita atenção às reivindicações da UBS Quintino I. Solicita reforma e ampliação da UBS Santa Cruz. Sugere realização de nebulização nas ruas devido ao aumento da dengue. Informa que o Resgate reclama da dificuldade de internar pacientes acidentados na Santa Casa e na Beneficência Portuguesa. Cobra apresentação do Convênio do HC. Ouvidoria do HC não funciona. Reclamação sobre atendimento médico na UBS Vila Virginia. Menciona denúncia sobre o preço do lance contratado pela SMS. Agente de vetores não finalizaram o trabalho de nebulização do Jardim Aeroporto. Informa que a Beneficência Portuguesa está com problema com a regulação de muitos pacientes por meio da Central de Regulação da SMS e chama a atenção para o problema da falta de leitos do município.

Fonte: Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto. 2012

Quadro 7 - Demandas trazidas pelo segmento dos usuários ao Conselho Municipal de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2010.

Conforme os dados elencados no quadro acima, os representantes dos usuários permaneceram focando demandas emergenciais dos serviços de saúde como a falta de médicos, falta de leitos, necessidade de reformas ou ampliações em unidades. Essa contribuição é importante, pois as demandas trazidas afetam as comunidades das quais estes usuários fazem parte, influenciando seu acesso à saúde. Contudo, percebe-se, ainda, a dificuldade de expandirem as discussões no âmbito do município ou com relação à definição de políticas mais abrangentes, que lidem de forma sistêmica e a médio e longo prazo com os problemas apresentados e os desafios observados na gestão dos serviços de saúde. Verifica-se, mais uma vez, a atuação meramente informativa dos conselheiros, em detrimento de uma

postura mais crítica, que proponha e discuta análises abrangentes das reais causas dos problemas enfrentados (COELHO, 2012).

Em seguida, o quadro 8 sintetiza as demandas com manifestações dos conselheiros durante o ano de 2011.

Data		Gestores	Trabalhadores	Usuários
6 de janeiro	**Apresentação e aprovação do Projeto PET Saúde, Saúde Mental, Crack 2010/2011**	Esclarecimentos.		Questiona diferença entre droga, bebida e saúde mental. Ressalta problema de drogadição e álcool infantil no município.
	Questão interna	Relata que ouviu que o Conselho, sua lei de criação e de controle social têm sido desrespeitados. Refere que embora haja situações de difícil relacionamento entre a administração e o Conselho, este nunca deixou de ser respeitado, referindo-se às reuniões e ao apoio dado pela administração aos Conselheiros no controle social dentro e fora do município. A SMS destina verba própria do seu orçamento para custear estas participações.	Acredita que o Conselho é respeitado pela SMS, que todas as solicitações que fez a SMS foram atendidas e que a participação do Conselho tem sido efetiva e pode ser vista claramente. Enfatiza a necessidade de se intensificar as ligações entre gestor, prestador, trabalhador e usuários por meio do CMS. Pede aos Conselheiros que reflitam sobre o que falam sobre o CMS, o que pode causar desprestígio ao órgão e aos próprios conselheiros.	Questiona qual é o espaço físico destinado ao CMS.
	Aprovação do Plano Municipal de Alimentação e Nutrição	Esclarecimento. Propõe pedido de moção à Prefeitura para exclusão de cantinas nas escolas municipais de Ribeirão Preto.		Faz esclarecimentos sobre as escolas. Lança Campanha contra as cantinas das escolas municipais.

continua...

Data		Gestores	Trabalhadores	Usuários
27 de janeiro	**Apresentação da Fase de Implantação da Ouvidoria**	Esclarece que o papel do CMS é fiscalizar a ouvidoria, que será instrumento de gestão e controle social, de centralização, organização e sistematização de informações e reclamações.	Ressalta a necessidade da articulação política para o controle social e de participação e manifestação da cidadania entre os diversos órgãos de controle social.	Questiona por que não existe representante dos usuários na composição. Esclarece que é determinado pelo MS a composição por funcionários. Parabeniza a iniciativa.
	Aprovação da Programação Anual de Saúde 2011	Esclarecimentos.	Faz considerações e solicita inclusão de temas nos blocos.	Faz considerações, solicita inclusão de temas nos blocos e esclarecimentos sobre a capacitação sobre gravidez na adolescência e solicita que seja explícita na programação a capacitação aos professores e técnicos.
24 de fevereiro	**Terceiro Setor na Saúde: Cadastro, Subvenção e Certificação de Entidades**	Faz esclarecimentos sobre a nova legislação instituída pelo MS em que a certificação que era dada às entidades filantrópicas pelo Conselho da Assistência Social agora passará a ser dada pelo Conselho da Saúde e Conselho da Educação. Pede desculpas à convidada pela postura do RSU. Diz que o próximo passo será a realização de uma oficina para maior entendimento do assunto.	Solicita maiores esclarecimentos	1 RSU pede para cassar a palavra da convidada do Conselho da Assistência Social para apresentar suas experiências enquanto Conselho no trato com as entidades, pois acha que sua fala está fora de ordem. Outros RSU pedem desculpas a convidada pela postura do RSU, o qual se retira da reunião. Outro RSU ressalta que se trata de uma medida benéfica, de democratização e que os conselheiros devem se preparar para exercer tal função.

continua...

Data		Gestores	Trabalhadores	Usuários
24 de fevereiro	**Incorporação da Fundação Hospital Santa Lydia à Prefeitura (poder público)**	Esclarece que a SMS acompanhou o processo, bem como a Secretaria de Negócios Jurídicos afirma que o melhor encaminhamento será o de levar ao Promotor as sugestões do CMS sobre a incorporação do Hospital.	Inserção dos leitos é bem vinda ao SUS. Solicita mais esclarecimentos.	Questiona alguns artigos da legislação do hospital a respeito de algumas responsabilidades que passariam para o poder público na aquisição do hospital. 1 RSU repudia a aquisição pois o hospital está falido e acha que a doação não está ocorrendo de maneira transparente e que a lei não protege o poder público.
	Grupo de Apoio ao Paciente Reumático de Ribeirão Preto – GRUPAR - RP	Processo burocrático da dispensação de medicamentos para o tratamento de pacientes reumáticos. Levará a questão para reunião com os secretários de saúde da região e o representante do Estado.		Atenta para a necessidade de um espaço físico maior para as atividades do GRUPAR.
1 de abril	**Avaliação dos relatórios de Auditoria do Hospital Santa Lydia**	Explica que o promotor aprovou as auditorias apresentadas e que o Hospital apresentou cópias do levantamento patrimonial e das demonstrações financeiras.	Ressalta que a incorporação deve vir acompanhada de uma política de funcionamento de rede (a qual ainda não existe no momento e que o CMS deverá participar ativamente). Questiona em qual modalidade o Hospital será inserido, qual será o modelo de gestão, e quais os tipos de atendimento a serem feitos. Afirma que deveria condicionar o hospital a investir na atenção básica.	Favoráveis devido a necessidade de leitos do município. Menciona ações que podem ser desenvolvidas para resguardar a Prefeitura no processo de incorporação. Após os devidos reparos no contrato, a Prefeitura está fazendo um bom negócio. Sugere que os atuais donos do patrimônio assumam as dívidas anteriores à doação. Atenta para a necessidade de incrementar os recursos, pois o aumento de leitos vai gerar aumento de custos e pode se transformar em um problema.

Data		Gestores	Trabalhadores	Usuários
28 de abril	**Parecer do pedido de vistas do Centro Médico acerca dos relatórios das Auditorias do Instituto Santa Lydia**	Conselheiros vão receber cópia do parecer para manifestarem sua concordância e deliberarem se enviarão o parecer em nome do Conselho todo ou apenas em nome do Centro Médico.		Parecer do Pedido de Vistas do Centro Médico acerca dos Relatórios da Auditoria financeira do Instituto Santa Lydia. Considera haver mérito na incorporação. Entretanto, é imprescindível o afastamento dos membros da atual diretoria e o gerenciamento deve ser realizado pelo município. Na composição da nova diretoria é obrigatório incluir dois membros do CMS que não tenham vínculos com a administração pública.
26 de maio	**OSCIP/Corpore apresenta modelo de Protocolo de Classificação de Risco implantado na UBDS Central.** Deliberação: Aprovada por consenso a continuidade da aplicação do modelo.	Parabeniza o modelo. Fala da dificuldade na inserção das novidades, pois o processo é lento. Agradece as críticas.	Pede cópia integral do Protocolo. Questiona sobre as situações especiais, a exemplo de transtornos mentais dentro do protocolo de classificação. Sugere discussão de toda a estrutura do atendimento da saúde em todas as Unidades de Saúde no município.	Parabeniza a Corpore. Questiona se a equipe de enfermagem será composta apenas de pessoal formado. Questiona como será realizada a divulgação do protocolo para a população, e se existem outras estratégias. Sugere implantação das cores em fitas no chão.

continua...

Data		Gestores	Trabalhadores	Usuários
26 de maio	**Apresentação estatística Atendimento Caps Álcool e Drogas II – 1o Trimestre**		Pergunta se a efetividade é avaliada. Sugere inserção da capacidade de atendimento nas apresentações. Sugere integração com a Secretaria de Educação para a inserção de programa antidrogas nas escolas. Afirma a necessidade de integrar a saúde mental com a comissão de avaliação de convênio.	Parabeniza Unidade.
	Apresentação da Proposta de formação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador -CIST vinculada ao CMS. Deliberação: Aprovada com prazo de 90 dias de transição.	Esclarece que segundo a portaria 2728 de novembro de 2009 é necessária a formação da CIST vinculada ao CMS e a extinção do Conselho Gestor e da Comissão Municipal de Saúde do Trabalhador. Sugere criação de Comissão para organizar o Regimento Interno da CIST.	Solicita esclarecimentos quanto ao período de transição .	A favor da criação. A comissão organizadora da CIST irá elaborar o regimento interno para aprovação do CMS.
28 de julho	**Convênio Centro de Saúde Escola - CSE Sumarezinho/Pronto Atendimento com a SMS**	Faz esclarecimentos sobre a decisão por parte da FAEPA da não continuação com o convênio com a SMS. Reconhece a legitimidade da FAEPA em não prorrogar o convênio e propõe que o serviço permaneça e que a SMS faça processo seletivo para contratação da equipe e continue com os atendimentos no CSE.	Solicita mais esclarecimentos. Questiona se acarretará em rescisão no P.A. e na Atenção Básica na Unidade.	Afirma que FAEPA não cumpriu com o convênio e que não manteve um gerente da SMS na Unidade. Solicita esclarecimentos, revisão dos valores, retomada das negociações e que a FAEPA repense a decisão.

continua...

Data		Gestores	Trabalhadores	Usuários
	Apresentação de funções e atribuições da Guarda Civil Municipal		Refere que não se pode generalizar casos de má conduta e parabeniza a guarda civil pelo trabalho desempenhado.	Pede esclarecimentos sobre a localização dos guardas. Questiona a existência de supervisão e fiscalização dos guardas. Refere falta de plano de carreira e estrutura hierárquica, mas reconhece a intensa cobrança de seus profissionais no cumprimento de suas funções.
	Proposta de encaminhamento da ComSaúde referente à participação da DRS XIII. Deliberação: Aprovado por unanimidade.	Explica que devido a constantes faltas da DRS ao CMS, propõe aprovação do CMS de confecção de documento oficializando a questão para ser enviado ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Secretaria Estadual e a Promotoria Pública.	Deixa claro que estão apenas solicitando a participação da DRS para tratar de assuntos pertinentes à sua presença.	
11 de agosto	**Apresentação de denúncia contra atuação de conselheiro em virtude de suspeita de abusos cometidos em função do cargo ocupado.** Deliberação: Aprovada a criação de comissão para apuração dos fatos	Esclarece que não cabe discutir o mérito da denúncia, apenas ocorrerá o encaminhamento, que é o de aguardar por parte da comissão e posteriormente encaminhar para a SMS.	Afirma que a SMS deveria apurar os fatos independente do CMS.	Relata que um RSU faz uso de carro da Prefeitura para levar parentes ao hospital e aproveita sua condição de conselheiro para passar na frente de outras pessoas. Sugestão de que se crie uma comissão para apuração dos fatos.
	Discussão da situação da Comissão Local de Saúde (CLS) da UBS São José. Deliberação: Aprovada a criação de comissão para apuração dos fatos.	Faz esclarecimentos a respeito do processo eleitoral da CLS.	Propõe criação de comissão para averiguar o caso.	Relata que há funcionários que dificultam o trabalho da CLS da UBS São José. Propõe que estes sejam excluídos e esclarece que não é ilegal que a CLS seja composta apenas por usuários e gerente.

continua...

Data		Gestores	Trabalhadores	Usuários
	Canal Saúde	A programação será apreciada pelo CMS antes da divulgação. Verba do governo e responsabilidade de produção do material a ser veiculado da SMS é da Coordenadoria de Comunicação Social. Fala que a SMS irá elaborar regulamento para implantação do Canal Saúde e um levantamento das Unidades de Saúde sem TV.	Comenta sobre veiculação de informação sobre controle social.	Afirma que não está claro na lei a responsabilidade de produção do material a ser veiculado com a aprovação do CMS. Informa que a criação de lei que gere gastos é inconstitucional. Preocupação com veiculação ética e digna.
	Dr. Móvel	Esclarece que o CMS não tem respaldo para aprovar ou desaprovar essa implantação.	Afirma que essa discussão deveria ter começado no CMS antes da implementação.	Afirma que o ônibus está pronto, não está usando verba da SMS devido à doação feita. O recurso da SMS será usado na manutenção e captação de profissionais, e que cabe a deliberação do CMS sobre o uso de recursos humanos da SMS.
25 de agosto	**Discussão sobre os laudos de radiologia**	Apresenta problema do fluxo dos laudos e da demanda de raio x no município. Traz proposta para informatizar os laudos dos exames em prontuário eletrônico ou no módulo Hygia, abreviando os tempos de espera. A SMS analisará a proposta.	Solicita esclarecimentos	Alerta sobre a demora dos laudos de radiologia dos exames eletivos. Parabeniza a apresentação.
6 de outubro	**Discussão sobre a Portaria 1970 – Certificação das Entidades.**		Faz questionamentos a respeito do processo de certificação.	Demonstra surpresa pela retirada de qualquer responsabilidade do CMS. Afirma que se passou de um extremo a outro e que o MS ignora totalmente o papel do CMS por meio desta portaria.

Fonte: Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto. 2012 conclusão.

Quadro 8 - Demandas com manifestações dos membros nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Ribeirão Preto, 2011.

Em 2011, os gestores continuaram focando suas falas estritamente nos esclarecimentos sobre os temas discutidos, como o projeto PET-Saúde, o Plano Municipal de Alimentação e Nutrição, a implementação da ouvidoria na SMS, a Programação Anual de Saúde, a incorporação do Hospital Santa Lydia pela Prefeitura, convênios da SMS, o Canal Saúde e o Dr. Móvel. Durante este ano, os gestores teceram alguns comentários sobre, por exemplo, o modelo de classificação de risco implantado na UBDS Central e fizeram poucas sugestões, como a da retirada das cantinas nas escolas. Os trabalhadores fizeram muitos comentários, como a necessidade da articulação política para o controle social, sobre as atribuições da Guarda Civil Municipal de Ribeirão Preto, a participação da DRS XIII no CMS de Ribeirão Preto, e alguns questionamentos, geralmente solicitando explicações mais detalhadas sobre os assuntos discutidos ou questionando a efetividade dos atendimentos nos serviços de saúde, sugerindo discussão sobre toda a estrutura do atendimento da saúde nas Unidades de Saúde do município e a formação de Comissões para averiguar casos que julgavam ser necessários. Os usuários foram o segmento que mais fizeram comentários no ano de 2011, trazendo com isso contribuição para a discussão, porém sem muitas sugestões de soluções. Também pediram mais esclarecimentos em algumas ocasiões.

Além das informações elencadas acima, outras questões internas foram debatidas em 2011, como: a aplicação do parágrafo 6 do artigo 8 da lei nº 5972/91 de Criação do CMS que dispõe sobre a presença dos conselheiros nas reuniões. Esta Lei preconiza que os conselheiros com 3 faltas consecutivas ou 4 intercaladas no período de 1 ano e meio percam o direito de representar o seu segmento no CMS. Este critério é aplicado aos membros titulares que têm a obrigatoriedade na presença. O tempo hábil para justificativa de faltas compreende até a aprovação das atas. Não há nenhuma restrição sobre a recondução dos conselheiros que perderam o direito de representação, apenas se exige que seja realizado um novo processo de escolha. Durante esse período, os suplentes devem assumir a titularidade até finalização do processo eleitoral. Dessa forma, por meio da aplicação desta Lei, no início do ano de 2011, foram excluídos do conselho 8 membros devido ao excesso de faltas não justificadas. Destaca-se que a dificuldade de manter a participação dos membros é um problema vivenciado por muitos Conselhos no país (CORREA, 2000; SILVA, 2012). Nesse cenário, ao mesmo tempo que a participação representa um direito do cidadão, como contrapartida, há a responsabilidade em assumir esta função e exercer suas atribuições com seriedade. Como uma das possibilidades para lidar com o desafio da baixa participação, fica evidente a necessidade de se aprofundar os critérios de escolha dos representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, uma vez que melhorando a representatividade, fortalece-se a sua participação. Sendo

assim, é preciso aprofundar as questões discutidas no sentindo de se buscar debates que realmente possam contribuir para a melhoria das políticas de saúde pública do município, por meio de representantes que tenham condições e o conhecimento necessário para poder trazer esse tipo de contribuição.

Nesse mesmo sentido, Correa (2000) e Silva (2012) demonstram que as barreiras para se atingir os objetivos do controle social são inúmeras e incluem a ingerência política na escolha dos conselheiros, a falta de informação, despreparo, desarticulação com as bases, a fragilidade de mobilização das entidades representadas, a manipulação dos conselhos para legitimar gestões e a pouca visibilidade social das ações dos conselhos.

O quadro 9 apresenta as demandas trazidas por este segmento no ano de 2011.

	Demandas
Saúde no município	Comunica descontentamento em relação ao local de atendimento fornecido aos pacientes atendidos pelo Centro de Fisioterapia da Santa Casa. Diz que solicitou na SMS uma verificação, e a Vigilância Sanitária realizou uma vistoria no local solicitando adequações e lavrando Auto de Infração.
Regimento interno do CMS	Questiona o fato da DRS nunca estar presente. RSG esclarece que a DRS informou que não enviaria representação. Propõe a criação de uma Comissão de Controle Orçamentário (aprovado). Solicita a criação de uma comissão organizadora das CLS (aprovado). Solicita que o CAPS-ad II apresente trimestralmente ao CMS um demonstrativo dos atendimentos realizados em comparação com os objetivos a serem alcançados (aprovado). RSU se sente desrespeitado devido alteração da pauta pré determinada. É esclarecido que a ComSaúde tem esta prerrogativa e se delibera pela manutenção dos itens por serem considerados mais urgentes.

Fonte: Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto. 2012

Quadro 9 - Demandas trazidas pelo segmento dos usuários ao Conselho Municipal de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2011.

Em 2011, os usuários trouxeram algumas necessidades da comunidade e muitas questões internas, como pode ser observado no quadro 9. Dentre as questões internas mencionadas pelos representantes dos usuários, chama a atenção as propostas para criação de comissões, como um meio de ampliação dos debates e especialmente do papel fiscalizador atribuído originalmente aos Conselhos. Emerge, mais uma vez, o caráter fiscalizatório presente no conceito de participação e controle social, já discutido no capítulo 2 deste trabalho, com o propósito de impedir o Estado de transgredir, mais do que induzi-lo a agir.

Data	Demanda	Gestores	Trabalhadores	Usuários
26 de janeiro	**Situação dos pacientes com câncer nos serviços do SUS.** Deliberação: reunião extraordinária para discussão; reunião com promotor; documento ao CES; documento encaminhado às entidades defensoras dos portadores de doenças oncológicas.	Ressalta o direito das pessoas serem atendidas e receberem todos os recursos necessários. Há desequilíbrio de distribuição de demanda e de financiamento.	Ressalta a importância da discussão sobre o assunto, pois há mortes por falta de assistência e hospitais ociosos. Questiona fluxo de agendamento dos casos de oncologia. Propõe reunião extraordinária com pauta única sobre o tema, constituição de um grupo para se reunir com promotor e cobrar providências e uma audiência pública sobre o assunto.	Concorda que a situação é grave. Propõe encaminhar documento ao Ministério Público solicitando providências e uma audiência do Conselho com o promotor.
26 de janeiro	**Alteração da Lei de Criação e Regimento Interno do CMS**	Sugere que após a alteração da Lei de Criação e do Regimento Interno do Conselho, seja discutida a alteração do Regimento Interno das Comissões Locais de Saúde para que este seja adequado a realidade das Unidades de Saúde e Comissões Locais de Saúde.	Solicita esclarecimentos sobre as Comissões Distritais de Saúde. Faz sugestões de alteração da alínea VII para Outras Comissões Temáticas ou Conselhos relacionados à saúde que venham a ser criadas no âmbito do Conselho Municipal da Saúde ao artigo 2 da Proposta de Alteração da Lei.	Propõe a anulação do artigo 9º por se tratar de um assunto polêmico.
14 de fevereiro	**Pauta Única: Continuação da discussão sobre a Assistência em Oncologia em Ribeirão Preto.**	Após apresentação de estudo e discussão, foi criado grupo de trabalho para discutir a redistribuição dos casos de oncologia no município e elaborar estudo técnico para embasar a tramitação junto à Comissão Intergetores Bipartite e Tripartite e MS no sentido de melhorar o financiamento para a rede de oncologia.		
8 de março	**Apresentação do novo edital do Projeto Pró-Saúde e PET-Saúde**	Faz esclarecimentos. Falta de quórum para deliberação.	Propõe criação de grupo de monitoramento que apresente relatório semestral ao CMS.	Preocupação com restrição do MS na utilização de saldo em caixa.

continua...

Data	Demanda	Gestores	Trabalhadores	Usuários
29 de março	**Apresentação Relatório da Ouvidoria – 2 º Semestre 2011**	Faz esclarecimentos. Após acalorada discussão entre RSU e o RSG desfez-se o quórum da reunião.	Fazem questionamentos sobre o conteúdo do relatório de forma geral.	Faz questionamentos.
	Solicitação de RSU referente à presença de Guarda Civil em todas as UBS. Deliberação: Aprovada Comissão para elaboração de proposta contendo todas as propostas apresentadas.	Esclarecimentos. Propõe elaboração de Plano de Melhoria da Segurança na Saúde, e que seja encaminhado ao Departamento Administrativo e Financeiro da SMS. Propõe criação de um contingente da Guarda Civil só da Saúde.		Questionamentos e comentários. Propõe a melhoria no contingente da Guarda. Solicita melhoria da equipe de triagem nas Unidades de Saúde. Solicita aprovação de proposta para material humano da Guarda Civil ou de Vigilância terceirizada. Propõe uma ronda distrital.
31 de maio	**Alteração da Lei de Criação do CMS.** Deliberação: Aprovada a proposta de juntar os itens g e h; juntar os itens i e j; e aumentar para 5 o número de representantes das CLS, com 15 votos a favor.	Propõe a junção dos itens g e h em uma vaga e a junção dos itens i e j em uma vaga, e aumentar para 5 representantes das CLS, sendo um de cada distrito sanitário.		Propõe a representação de 4 titulares pelas CLS. Propõe que a questão de distritalizar os 5 representantes das CLS seja discutida no âmbito do Regimento Interno.
28 de junho	**Proposta de envio de ofício à Beneficência Portuguesa solicitando esclarecimentos referentes à matéria que saiu no Jornal solicitado por RSU**	CMS aprova o envio do ofício, e a solicitação da presença dos representantes da Beneficência Portuguesa para os devidos esclarecimentos.		Propõe comissão para esclarecimentos sobre a questão ou solicitar esclarecimento pessoal do representante.
28 de julho	**Pauta Única: Alteração da Lei de Criação do CMS.** Deliberação: Propostas de RSG e RSU são rejeitadas.	Esclarece que quem decide é o Plenário do CMS. Propõe junção dos itens f, g e h da alínea A do inciso II (aprovado). Propõe acrescentar no item a da alínea B do inciso II a expressão ou representante por ele indicado.		Propõe exclusão do item c e acrescentar um representante no item d, ou manter o item c e excluir o CRM no item e.

continua...

Data	Demanda	Gestores	Trabalhadores	Usuários
30 de agosto	Apresentação de Relatório Semestral da Ouvidoria: 1 º Semestre 2012	Faz alguns esclarecimentos e parabeniza pela apresentação e comenta os resultados apresentados no relatório.	Comenta sobre a apresentação do relatório da Ouvidoria.	Parabeniza a Ouvidoria pelo trabalho desenvolvido e informa que já utilizou este recurso como conselheiro de saúde.
30 de agosto	**ComSAúde propõe discussão sobre Dependência Química.** Deliberação: Aprovada criação de comissão.	Propõe criação de Comissão que elabore proposta para esta discussão.	Propõe realização de Fórum e se compromete a trazer material sobre gestantes usuárias de drogas.	Fala da importância de se discutir o assunto. É a favor da criação da comissão.
25 de outubro	**Alteração da Lei Criação Conselho Municipal Saúde (Artigos 17, 19 à 21).** Deliberação: Aprovada por unanimidade nova redação dos artigos 17 e 20.	Propõe nova redação para o inciso VIII. Faz aparte e propõe nova redação no caput e nos parágrafos 2 º e 3 º do artigo 20.	Faz aparte no inciso VIII do artigo 17.	
29 de novembro	**Solicitação de RSU de desligamento do Conselho Curador da Fundação Hospital Santa Lydia**. Deliberação: encaminhar documento sobre a não participação do CMS no Conselho Curador, informando a renúncia dos dois RSU e solicitar a possibilidade de indicar representantes não conselheiros para participarem do Conselho Curador e Conselho Fiscal da Fundação.		Solicita esclarecimentos sobre a existência de um Conselho Fiscal na Fundação e sobre a pertinência da presença do CMS. Apoia a saída do CMS do Conselho Curador e que o Conselho participe da escolha de representantes para compor o Conselho Curador e Conselho Fiscal da Fundação.	Apresenta suas razões para o desligamento.

continua...

Data	Demanda	Gestores	Trabalhadores	Usuários
29 de novembro	**Apresentação da Programação Anual de Metas do Programa de DST/Aids 2013.**	Sugere ampliação na meta 12 e correção no bloco da parceria com a sociedade civil no sentido de acrescentar o total dos custos do bloco.	Sugere ampliação da meta 11 de 01% para 100%. Solicita informa **Quadro 10** - Demandas com manifestações dos membros nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Ribeirão Preto, 2012ções acerca dos índices apresentados.	Parabeniza apresentação e as atividades do Programa.

Fonte: Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto. 2012 conclusão.

Quadro 10 - Demandas com manifestações dos membros nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Ribeirão Preto, 2012

Em 2012, os gestores continuaram se manifestando mais em esclarecimentos, porém, trouxeram um pouco mais de sugestões de melhoria acerca dos programas e relatórios apresentados ao Conselho. Os trabalhadores e os usuários teceram muitas sugestões, contribuindo para as deliberações. Algumas questões internas também merecem destaque como: conselheiros que se ausentaram da reunião em decorrência de considerarem a atitude do presidente do CMS autoritária e desrespeitosa em relação à pauta da reunião, alterando-a, ou não considerando pedido de alteração, sem colocá-la em votação. Nesse sentido, a revisão de literatura realizada para embasar este estudo corrobora argumentos de que a pauta das reuniões é, muitas vezes, influenciada pelo Presidente e pela Secretaria Municipal de Saúde, determinando alto grau de possibilidade de controle das discussões pelos governos municipais. Sendo assim, adverte-se que a institucionalização de práticas como esta pode representar um meio de reprodução e manutenção do poder, levando à cooptação dos favorecidos que passam a representar e legitimar os interesses da administração, em detrimento de possibilidades de discussões e decisões conjuntas sobre temas de interesse geral (BATISTA; MELO, 2011). Ainda, a relativa dependência dos Conselhos em relação à estrutura operacional das Secretarias de Saúde pode a gerar situações negativas, como a subjugação desses colegiados pelos gestores. Dessa forma, é imprescindível a adoção de políticas e estratégias de enfrentamento dessa questão no âmbito dos Conselhos de Saúde para fazer dessa dificuldade operacional, uma oportunidade de superação (DUARTE;

MACHADO, 2012). Os dados deste estudo demonstram a tentativa recorrente dos usuários de lidarem com esta questão. Na maioria das situações, após manifestarem a percepção desta ocorrência e não tendo apoio dos outros segmentos com relação aos seus pedidos, utilizam como única estratégia possível para demonstrar o seu descontentamento, a sua retirada da reunião. Abaixo, o quadro 11 sintetiza as demandas dos usuários no ano de 2012.

	Usuários
Saúde no município	Solicita que o MS regulamente o uso do recurso financeiro do CMS. O MS se nega a interferir, pois considera o assunto de economia interna do CMS e que o conselho tem competência para resolver. Solicita auxílio (ônibus) para participação no Ato pelo Dia Mundial da Saúde (10 de abril de 2012) em São Paulo. Solicita formação de comissão para realização de reunião com Secretário Estadual de Saúde (falta quórum para deliberação). Solicita custeio de viagens paras as reuniões do Conselho Estadual. Adia reunião com Secretário Estadual de Saúde. Reforma UBDS Central. Construção da UPA. Fala sobre denúncias recebidas no CAPS-ad sobre comunidades terapêuticas e solicita que isso seja discutido no Conselho. Refere que os Comitês de Ética em Pesquisa não têm informado os representantes em tempo hábil para que compareçam às reuniões e pede providências (fica aprovado envio de ofício aos comitês e agendamento de reunião com os mesmos).

Fonte: Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto. 2012.

Quadro 11 - Demandas trazidas pelo segmento dos usuários ao Conselho Municipal de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2012.

As demandas trazidas pelos usuários em 2012 confirmam os resultados encontrados nos anos anteriores, mesclando abordagens a problemas mais emergenciais e de curto prazo. Os dados demonstram, também, as dificuldades para utilização dos Conselhos como espaço de expressão de demandas e expectativas globais da população.

Por outro lado, pode-se afirmar que durante o mandato de 2009 a 2012, o Conselho obteve várias conquistas por meio de sua atuação. O quadro 12 sintetiza essas conquistas.

Ano	Conquistas Alcançadas
2009	-
2010	Aprovação do Convênio CAPS Infantil com Fundação Waldemar Barnsley Pesso; Programa de Tuberculose de Ribeirão Preto recebe prêmio por busca ativa de tuberculose, demostrando a influência do CMS no desenvolvimento do município.
2011	Conserto do aparelho de ultrassonografia da Vila Virgínia e a substituição de 3 aparelhos velhos por 3 novos; Criação do Código de Conduta e Código de Processo Ético do CMS.
2012	IDSUS (Índice de Desempenho do SUS), em que o município de Ribeirão Preto ficou como 3^0 melhor no Brasil e 1^0 no estado de São Paulo; A inauguração da farmácia da Unidade de Saúde do Jd. Paiva, reivindicação antiga dos usuários; Foi conseguido ultrassom para a UBDS do Quintino II; CSE da Vila Tibério foi premiado pelo Quali-AB, Programa de Qualificação da Atenção Básica do MS. Alteração da Lei de Criação do CMS.

Fonte: Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto. 2012

Quadro 12 - Conquistas alcançadas por meio da atuação do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2009 a 2012.

O termo "conquista" é utilizado neste estudo como referência às ações em saúde resultantes do movimento de reivindicação dos conselheiros e que levaram a melhorias nas unidades, na assistência à saúde do município de Ribeirão Preto, ou ainda no exercício do controle social no contexto do CMS-RP, causando influência positiva para o desenvolvimento do município.

Toda conquista alcançada pelo CMS é um passo importante na concretização do controle social. Por meio dessas conquistas, os conselheiros são capazes de visualizar a efetividade de seus esforços, o que pode gerar, como consequência, motivação para a continuação de seu trabalho.

Temas como inauguração de Unidades de Saúde, reformas, alteração de leis ou códigos e prêmios recebidos são trazidos às reuniões como conquistas alcançadas. Nessa perspectiva, as ações do Conselho devem ser divulgadas externamente visando a valorização do controle social exercido.

Em suma e com base nos dados obtidos nas atas analisadas, a Figura 6 sintetiza as relações do CMS-RP com organizações pertencentes ao seu ambiente externo.

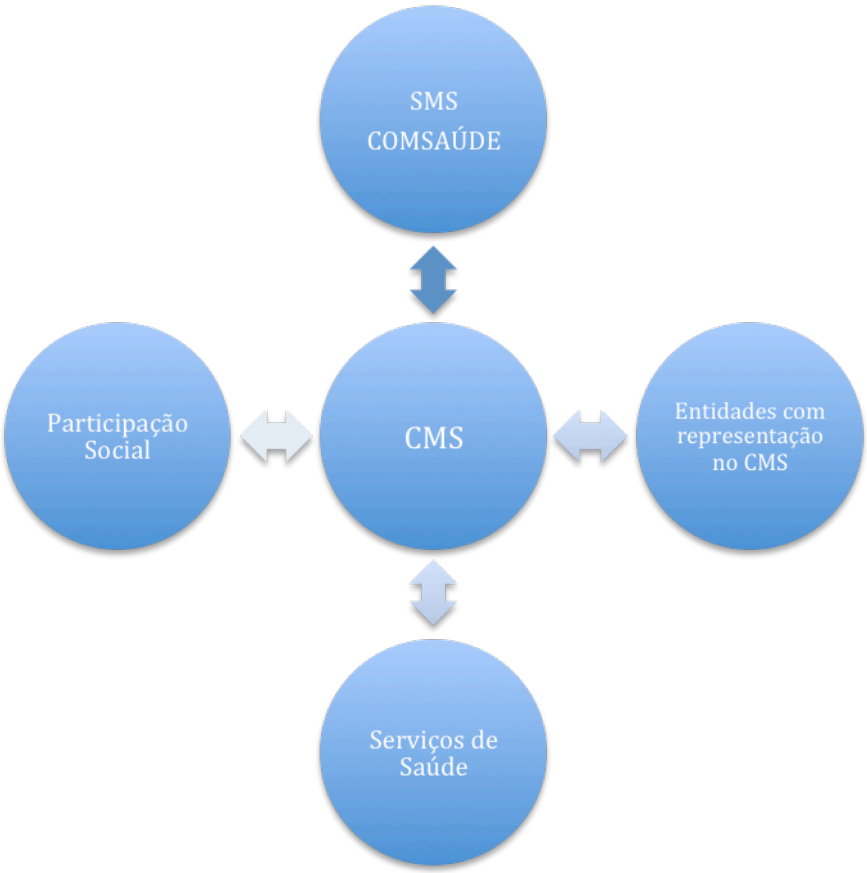

Figura 6. O CMS-RP e suas relações com organizações do ambiente externo.

A figura 6 sintetiza as relações do CMS com o seu ambiente externo. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que o CMS, composto pelos representantes dos segmentos dos gestores, trabalhadores e usuários de saúde, recebe forte influência da SMS e da COMSAÚDE, órgão que define as pautas das reuniões do CMS. As entidades com representação no CMS fazem parte desse ambiente externo, uma vez que são responsáveis por parte das demandas levadas ao Conselho e pela responsabilidade que possuem em dar parecer por meio de seus representantes sobre os assuntos a serem deliberados. Tais entidades compreendem: a própria SMS, a Secretaria Municipal da Assistência Social, a Secretaria Municipal da Fazenda, DRS XIII, SUCEN, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, Faculdade da área de saúde do Campus de Ribeirão Preto – USP, Cursos da área de saúde das instituições privadas de ensino superior de Ribeirão Preto, Entidades Privadas Filantrópicas, Beneficentes ou sem fins lucrativos mantenedoras de hospitais e serviços de saúde, Representantes das sociedades e empresas privadas, prestadores de serviços, Centro Médico de Ribeirão Preto, Sindicatos e Associações representativos de profissionais de saúde de nível superior, Sindicatos e Associações representativos dos demais

trabalhadores de saúde, Sindicatos e Associações de Trabalhadores Assalariados e Autônomos não relacionados com a área da saúde, Sindicatos e Associações Patronais com sede ou base territorial no município não relacionados com a área da saúde, Entidades de Portadores da Patologia, Federação das Associações de bairros de Ribeirão Preto, Associações de bairros e Comissões Locais de Saúde. A participação social também possui uma relação de via de mão dupla com o CMS, uma vez que os representantes devem levar suas necessidades ao CMS que, por sua vez, deve oferecer uma devolutiva das demandas elencadas. O ambiente externo do CMS também é influenciado pela Rede de Serviços de Saúde do município de Ribeirão Preto que compreende as Unidades Básicas de Saúde, Unidades Básicas Distritais de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Unidades e Equipes de Saúde de Família, Unidades de Emergência, Hospitais públicos municipais e estaduais, Hospitais privados, Ambulatório Regional de Especialidades, CAPS II, CAPS III, CAPS Ad, CAPSi, ambulatórios de Saúde Mental, Residências Terapêuticas, Dr. Móvel, SAMU, dentre outros.

Verifica-se, portanto, que o CMS possui uma rede bastante complexa de relacionamentos externos que influenciam sua dinâmica, seu processo de tomada de decisão e sua atuação.

5.2 A Dinâmica das Reuniões do Conselho: Dados da Observação Passiva

Visando analisar a presença dos membros, como eram discutidas as demandas e quais eram os segmentos que mais se manifestaram nas reuniões, a pesquisadora frequentou as reuniões do CMS durante o período de coleta de dados no ano de 2012, a fim de realizar a observação passiva, com o objetivo de conhecer a dinâmica do CMS.

Os resultados da observação passiva foram sintetizados nos seguintes temas: organização das reuniões, presença dos membros titulares e suplentes e participação dos membros nas discussões.

5.2.1 Organização das Reuniões

As demandas da saúde são primeiramente levadas aos gestores, que, por sua vez, as apresentam durante a reunião da Comissão Municipal de Saúde (COMSAÚDE). A COMSAÚDE é um órgão colegiado vinculado ao Conselho Municipal de Saúde que atua nos

períodos entre as reuniões deste, de acordo com a estratégia de execução da política de saúde formulada pelo Conselho e conforme as diretrizes por ele estabelecidas. Dentre suas principais atribuições estão: providenciar a implementação das deliberações de CMS; velar pelo cumprimento das normas para as ações e serviços públicos de saúde estabelecidas pelo CMS; acompanhar, fiscalizar e controlar os procedimentos e o desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde no município, apresentando relatório e parecer ao CMS; fiscalizar a movimentação dos recursos repassados à SMS e ao Fundo Municipal de Saúde, apresentando relatório e parecer ao CMS; elaborar relatórios e pareceres sobre a organização e funcionamento do SUS no Município e submetê-los à apreciação do CMS. Participam dessa comissão 4 conselheiros representantes do segmento dos usuários, dois dos trabalhadores e dois dos gestores e seus suplentes. A reunião da COMSAÚDE tem o objetivo de classificar prioridades e estabelecer a pauta das reuniões do CMS. Nas reuniões do Conselho, o cronograma pode ser alterado de acordo com o consentimento dos membros presentes, caso seja necessário. Como já discutido neste trabalho, algumas vezes, no início da reunião ainda não há quórum para deliberação, então há uma inversão de pauta para assuntos que não necessitam de deliberação, até que o quórum esteja completo e se retorne à ordem pré estabelecida da pauta do dia.

Presença de Membros Titulares e Suplentes

No que se refere à presença dos membros nas reuniões, nota-se o comprometimento de determinados membros que realmente frequentam e são atuantes dentro do Conselho, enquanto outros, principalmente membros suplentes, não são assíduos e parece não conhecerem as atribuições de sua atuação, bem como a importância de seu papel.

Participação dos Membros nas Discussões

A discussão das demandas geralmente se inicia com a apresentação do tema pelos gestores ou convidados que utilizam recursos audiovisuais. Após a apresentação, o Presidente do Conselho abre para discussão. Todos os segmentos têm espaço para se manifestarem nesse momento e fazerem comentários, questionamentos e sugestões. Geralmente, os questionamentos são esclarecidos pelos gestores ou pelos convidados que realizaram a apresentação do tema em discussão. Quando o assunto requer uma deliberação, após todas as manifestações e respeitando o tempo de 10 minutos para discussão fixo e pré estabelecido, o

gestor coloca em votação a aprovação do tema em questão ou das propostas sugeridas pelos próprios conselheiros.

Todos os segmentos têm oportunidade igual de se manifestarem. Os gestores acabam por ter mais espaço e falar mais, uma vez que ficam responsáveis pela condução da reunião, por apresentarem os assuntos pautados e por trazerem o maior número possível de informações sobre tais assuntos a fim de esclarecer quaisquer dúvidas. Há uma visível participação maior entre os titulares.

Como já mencionado neste estudo, observou-se que, durante as reuniões, o grau de participação dos conselheiros também estava relacionado ao seu nível educacional e a alguns fatores como: desconhecimento com relação ao funcionamento do SUS, legislação, assuntos e termos técnicos da área da saúde; repetição das falas dos outros conselheiros ou do mesmo assunto várias vezes durante a mesma reunião; interrupção das falas dos outros conselheiros; falta de comprometimento com a frequência nas reuniões; a não preparação e estudo prévio com relação aos assuntos a serem tratados nas reuniões apesar do recebimento das pautas.

O despreparo dos conselheiros foi identificado também em outros estudos, como Vanderlei (2005) e Silva et al (2012) que ressaltam ainda a falta de uma política de capacitação permanente para conselheiros.

Nessa perspectiva, a literatura revisada e as observações realizadas confirmam a tendência de que os usuários, que representam metade dos integrantes do CMS, possuam maior probabilidade de terem escolaridade mais baixa em relação aos demais membros e de, geralmente, serem totalmente leigos no que diz respeito à formação especializada em saúde (nos outros segmentos, os representantes têm formação em saúde). Dessa forma, os CMS devem administrar um fato: o seu segmento mais numeroso é composto por integrantes que têm pouca ou nenhuma formação em saúde, o que tende a dificultar a participação dos usuários. Por todos esses fatores, são tão abundantes em estudos sobre atuação de conselheiros os relatos de frágil participação dos usuários (DUARTE, MACHADO, 2012).

Não obstante este contexto, na presente investigação os usuários foram um segmento muito presente nas reuniões e que se manifestaram bastante, apesar de muitas vezes fazerem comentários repetitivos e que, em alguns momentos, de acordo com outros conselheiros, prejudicavam o andamento das reuniões. Sendo assim, a importância do entendimento das diferentes representações sociais dos membros do Conselho, especialmente em pesquisas qualitativas como esta, é cada vez mais evidente na área da saúde (HOWARTH, 2004).

Desse modo, Santos Filho e Gomes (2007) notaram a resistência de instituições

governamentais em trabalhar com novos atores sociais, o que se deve à falta de prática nesta forma de gestão. Ainda, de acordo com Oliveira (1996), há uma concepção de gestores e profissionais de que o usuário seria incapaz de contribuir. A pouca influência nas decisões, segundo Serapioni e Romaní (2006), possivelmente se deve a uma sociedade ainda politicamente imatura ou a um sistema de saúde fechado para o ambiente social.

5.3 Os Conselheiros e sua Experiência junto ao Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto: Resultados das Entrevistas Semi-estruturadas

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os conselheiros com o objetivo de identificar as experiências vivenciadas pelos membros do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto sobre o controle social e sua influência no desenvolvimento local. Foram entrevistados 9 dos 26 conselheiros titulares da gestão 2009-2012 do Conselho. As entrevistas foram realizadas em local determinado pelos próprios conselheiros, sendo que 4 escolheram a SMS e 5 seus próprios locais de trabalho. As entrevistas duraram em média 1 hora. Dos 9 entrevistados, 2 eram representantes do segmento dos gestores, 2 dos prestadores de serviços e 5 dos usuários. As características dos membros entrevistados são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Características dos profissionais entrevistados segundo sexo, estado civil e profissão.

CARACTERÍSTICAS	N
SEXO	
Feminino	3
Masculino	6
ESTADO CIVIL	
Solteiro	1
Casado	8
PROFISSÃO	
Administrador de empresas	1
Médico	1
Farmacêutico	1
Gestor administrativo	1
Assistente social	1
Serviços gerais	1
Segurança	1
Micro-empresário	1
Aposentado	1
TEMPO MÉDIO COMO CONSELHEIRO (ANOS)	5,6

Fonte: Entrevistas realizadas com membros do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2013.

A maioria dos sujeitos entrevistados eram do sexo masculino, casados e com tempo médio de atuação no Conselho de 5 anos. Nota-se, portanto, que possuíam importante experiência como Conselheiros.

O roteiro das entrevistas abrangia perguntas sobre a compreensão dos sujeitos a respeito da saúde como direito, da participação popular, sua avaliação própria com relação a participação nas decisões, meios de manifestação durante as reuniões, satisfação quanto à atuação, possibilidades de mudanças por meio da atuação do Conselho na saúde e saúde mental e influência do controle social no desenvolvimento local.

Ao comparar as entrevistas realizadas foram obtidos conteúdos que resultaram nas seguintes unidades temáticas: Desconhecimento da população em geral sobre o seu direito à saúde e consequentes deveres; Lacunas e fatores que influenciam a participação popular como meio de exercitar o direito à saúde; Avaliação pessoal positiva dos conselheiros a respeito de suas próprias participações; O Conselho e sua influência no ambiente externo e interno; Mudanças na Saúde Mental; Sugestões de políticas futuras; Sugestões dos conselheiros de

melhorias para a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto; O CMS e o Desenvolvimento Local.

O quadro 13 sintetiza as categorias e subcategorias temáticas resultantes da análise de conteúdo.

Objetivo Geral	Objetivo	Temas	Subtemas
Descrever as inter-relações entre o controle social desempenhado pelo Conselho Municipal de Saúde do município de Ribeirão Preto e o desenvolvimento local.	Identificar as experiências vivenciadas pelos membros do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto sobre o controle social	**Desconhecimento da população sobre o seu direito à saúde e consequentes deveres**	Carência de fontes efetivas de informação e divulgação dos direitos à sociedade
			Desequilíbrio na compreensão das pessoas sobre seus direitos e deveres
			Desconhecimento da população sobre possibilidades de participação social
		Lacunas e fatores que influenciam a participação popular como meio de exercitar o direito à saúde	Evolução do conhecimento e fatores que influenciam a participação social
			Participação popular desestimulada em virtude de suas reivindicações não serem atendidas pelo CMS
			Outras opções de manifestação popular
			Condições que dificultam o acesso às reuniões do CMS
			Dificuldades de integração dos membros do CMS com a população
			Ausência de uma cultura de controle social
			Desinteresse e dificuldades de participação no Conselho pela população
		Avaliação pessoal positiva dos conselheiros a respeito de suas próprias participações.	CMS como um espaço aberto e efetivo para a participação
			Necessidade de melhoria e continuidade do avanço da participação social.

continua...

Objetivo Geral	Objetivo	Temas	Subtemas
Descrever as inter-relações entre o controle social desempenhado pelo Conselho Municipal de Saúde do município de Ribeirão Preto e o desenvolvimento local	Identificar a experiência vivenciada pelos membros do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto sobre a influência das decisões do Conselho na saúde e na saúde mental	**O Conselho e sua influência no ambiente externo e interno**	A atuação do Conselho e avanços na saúde
			Atuação do Conselho e retrocessos na Saúde.
			Realização de melhorias internas no CMS.
		Mudanças na saúde mental	Avanços na Saúde Mental
			Entraves na Saúde Mental.
			Ausência de uma política pública de Saúde Mental clara
			Internação compulsória como problema emergente na saúde mental do município.
		Sugestões de políticas futuras	Foco nas necessidades do paciente e desprendimento de disputas de poder político.
			Adequação da estrutura em relação à demanda
		Sugestões dos conselheiros de melhorias para a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto	Reuniões extraordinárias nas regiões do município.
			Maior divulgação do papel e possibilidades de atuação do Conselho
			Atuação individual eficaz de cada conselheiro
			Melhoria na representatividade
			Incremento na efetividade da atuação dos Conselheiros
			Maior atenção governamental às solicitações dos conselheiros
	Identificar a opinião dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto sobre a influência das decisões do Conselho no desenvolvimento local.	**O CMS e o Desenvolvimento Local**	Influência positiva do CMS no desenvolvimento local
			Ausência de influência do CMS no desenvolvimento local

conclusão.

Quadro 13 - Síntese das categorias e subcategorias temáticas resultantes da análise dos dados coletados.

Desconhecimento da população em geral sobre o seu direito à saúde e conseqüentes deveres

Carência de fontes efetivas de informação e divulgação dos direitos à sociedade

A maioria dos conselheiros referiram o desconhecimento por parte da população a respeito do seu direito à saúde e atribuíram esse fato à carência de fontes de informação e divulgação.

> *"A saúde, como um direito universal do cidadão, não é divulgada como deve, e muitas vezes a própria imprensa (...) não dá as informações que deve, e não divulga todos os direitos" (C3).*

> *"Ela não sabe, porque diferentemente da televisão que faz a propaganda dos jogos, dos artistas (...), os direitos que estão na nossa Carta Magna ninguém fala nada. A maioria dos nossos governantes nem toca no assunto (...) eles têm uma restrição em informar o povo (...). Não se discute, não se ensina, não se fala nada" (C9).*

> *"E não tem a divulgação que deveria ter, nós só vamos mudar o país quando começar a ter divulgação das coisas boas" (C2).*

Como discutido no primeiro capítulo deste estudo, o século XX foi marcado pelo movimento de consolidação dos direitos humanos, primeiramente no contexto internacional e, posteriormente, no final da década de 1980, no Brasil, com a promulgação da Constituição de 1988. Nesse cenário, este trabalho enfoca a saúde como direito, resgatando os princípios estabelecidos em Alma Ata na década de 1970 e consolidados no Brasil por meio do Sistema Único de Saúde a partir de 1990. De acordo com Dallari, a igualdade no acesso aos serviços e cuidados de saúde para todos (DALLARI, 1988) representa importante elemento do direito à saúde. Contudo, apesar dos dispositivos legais e das políticas públicas existentes, vislumbram-se, ainda, dificuldades na compreensão do sentido do direito à saúde pela população, que o vivencia mais como um favor concedido pelo Estado, do que propriamente como um direito fundamental e essencial para o exercício de sua dignidade humana (VENTURA et al., 2012).

De acordo com os Conselheiros, sujeitos deste estudo, o desconhecimento decorre, predominantemente, da carência de fontes efetivas de informação sobre direitos. Salienta-se, nesse processo, a relevância da valorização de movimentos de educação em direitos, como passo imprescindível para o empoderamento dos usuários dos serviços de saúde (VENTURA et al., 2012). Nesse movimento, o CMS, por meio de seus representantes, poderia

desempenhar um papel mais ativo e efetivo junto aos segmentos representados tendo em vista a formação e educação em direitos da população.

Desequilíbrio na compreensão das pessoas sobre seus direitos e deveres

Apesar do desconhecimento geral das pessoas, da fala dos entrevistados também emerge a compreensão de que algumas pessoas entendem que possuem direitos, mas que não há uma contrapartida em deveres.

> *"(...) as pessoas hoje acham que elas só têm direitos, deixam de pensar nas obrigações e deveres. No caso as obrigações, é trazer as necessidades delas (...)" (C2).*

> *"Sou um dos conselheiros lá que discorda da forma como o capítulo da saúde foi colocado na Constituição, porque diz: A saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Então (...) a população entende que tem direito a tudo e nenhuma obrigação e nenhum dever (...). Na França, por exemplo, (...), o idoso também é responsável pela saúde e não só o Estado, se ele faltou nos exames de acompanhamento, (...), ele começa a perder certos diretos de tratamentos de alto custo. (...). No Brasil, a população (...) não aceita que deva ter também responsabilidade, inclusive a responsabilidade de participar e fazer controle social, são poucos os que têm essa consciência de cidadania e têm essa preocupação" (C5).*

Destaca-se, de acordo com os entrevistados, a necessidade de corresponsabilização das pessoas com relação à sua saúde individual e coletiva. Em seu estudo, Cotta (2011) sugere a adoção de práticas que visem conscientizar a população sobre seus direitos e deveres como cidadãos, como estratégia para a melhoria do exercício do controle social. Nesse sentido, é importante que os cidadãos tenham ciência de seus direitos e deveres no processo de construção do SUS, isso é, com consciência crítica para ocuparem um papel que lhes é garantido por direito. Em contraposição, é necessária a existência de um Estado aberto para experimentar e validar a eficiência desse processo democrático de cogestão do sistema sanitário.

Pensando na melhor forma de garantir que um maior número de pessoas tenham acesso a informações, vale ressaltar aqui, o papel dos próprios profissionais de saúde e conselheiros de transmitir tais informações para a população em geral.

É relevante salientar ainda que ao transmitir essas informações, o profissional de saúde, conselheiro, ou cidadão em geral, devem enfatizar que, além dos direitos, a população precisa tomar conhecimento de seus deveres. Dessa forma, é fundamental que a população exija seus direitos e cumpra seus deveres, especialmente no espaço de controle social, trazendo para o Conselho suas contribuições em relação à melhoria dos serviços de saúde. Essa participação deve extrapolar o âmbito individual, envolvendo os representantes dos diferentes segmentos da sociedade.

Para Silva, Ferreira e da Silva (2010), a organização comunitária parte do princípio da união como força motriz para o alcance de resultados pleiteados, com comparações pertinentes e culturalmente construídas, esclarecendo que o direito à saúde não se estabelece, se não houver busca ativa e organizada da comunidade para este fim.

Desconhecimento da população sobre possibilidades de participação social

Considerando a participação popular no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde como uma estratégia de garantia do direito à saúde, os conselheiros relataram que a população desconhece o espaço de participação popular existente no contexto do CMS e atribuem esse desconhecimento também à carência de informação e divulgação dos direitos dos cidadãos.

> *"Hoje a população desconhece essa realidade da participação popular, que ela pode contribuir para a melhoria da qualidade como um todo da cidade (...) existe hoje uma carência de informação da comunidade sobre a lei da constituição federal" (C1).*

> *"Os próprios meios de comunicação e a própria Secretaria deixam a desejar com a divulgação (...). Pode ter certeza que se a população tivesse mais acesso às informações ela estaria participando mais" (C4).*

> *"A existência, a finalidade, o objetivos dos Conselhos poderiam e deveriam ser mais esclarecidos à população"* (C7).

Duarte e Machado (2012) e Cotta et al (2011) também constataram o desconhecimento por parte da população sobre a atuação e o espaço de participação popular no âmbito do CMS, assim como sobre as diretrizes que regem o seu funcionamento .

A divulgação e circulação de informações entre os representantes das instâncias colegiadas e seus representados é pressuposto básico para a efetividade do controle social sobre o sistema de saúde. Essa comunicação ocorre por meio de uma teia complexa de relações informais (BATISTA; MELO, 2011).

Nessa perspectiva, alguns estudos reiteram que é imprescindível que a população receba orientações adequadas a respeito dos espaços de participação popular, pois a ausência desse processo inviabiliza a efetivação do controle social (DUARTE; MACHADO, 2012).

Segundo Gastal e Gutfreind (2007), a consciência do direito à saúde é essencial para que a população participe de forma ativa nos mecanismos de controle social inerentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) (GASTAL; GUTFREIND, 2007; XAVIER, 2007).

No entanto, a organização dos serviços de saúde que, ainda refletem o modelo centrado no ato médico voltado para ações curativas, não tem tido preocupação em despertar o sujeito para a participação e controle social em saúde (FARIA, 1996; SORATTO; WITT; FARIA, 2010).

Para uma parte dos trabalhadores e usuários, fazer saúde é remediar doenças. Nesse sentido, de um lado, os profissionais geralmente não valorizam o espaço de diálogo como oportunidade de aprender com o saber popular e enxergar outras concepções de saúde. De outro, um segmento significativo da população utiliza o espaço de participação popular apenas como “balcão de reclamações” sobre os atendimentos de saúde. Há ainda aqueles que se recusam a frequentar as reuniões de controle social por não compreender a proposta (CRUZ, 2012).

Em suma, é relevante advertir que a falta de informação pode condicionar o comportamento dos sujeitos, comprometendo seu potencial de participação. A participação popular, por sua vez, configura-se em uma das condições de garantia do direito à saúde, sendo compreendida como "controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população" (GUIZARDI et al., 2004; SILVA; FERREIRA; DA SILVA, 2010).

Lacunas e fatores que influenciam a participação popular como meio de exercitar o direito à saúde

Evolução do conhecimento e fatores que influenciam a participação social

Não obstante os elementos relacionados ao desconhecimento da população sobre os seus direitos discutidos na categoria anterior, alguns conselheiros argumentaram que se trata de um processo em evolução em que a população está, aos poucos, se conscientizando.

> *"(...) agora que tá conscientizando um pouco é as igrejas, que tá trazendo essa população pras igrejas e colocando pra elas o que tem no bairro, o que acontece" (C3).*

> *"Eu acho que esse processo tem evoluído, o amadurecimento da população no conhecimento de seus direitos" (C6).*

Nesse processo, deve-se destacar que o Brasil conta hoje com mais de cinco mil fóruns permanentes de controle social sem que muitas vezes parte das populações abrangidas tenha ciência disso. Trata-se de um fenômeno sem precedentes num país que há pouco mais de vinte anos negava ao seu povo qualquer forma de livre expressão ou transparência na gestão pública. A verdadeira participação popular ainda está em construção, a exemplo do próprio sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, o controle social exercido pelos Conselhos segue a mesma tendência: ainda há fragilidades a vencer e iniqüidades a superar. Todavia, o avanço democrático que experimentamos com sua criação e funcionamento é real (DUARTE, MACGADO, 2012).

Participação popular desestimulada em virtude de suas reivindicações não serem atendidas pelo CMS

Os conselheiros destacaram, também, que a população em geral perde o estímulo de participar pois, muitas vezes, não tem suas reivindicações respeitadas quando levam suas necessidades ao CMS.

> *"Existe hoje um retrocesso nesse espaço de participação porque o cidadão acaba ficando frustrado por não conhecer esse espaço e quando ele chega a participar de um conselho local de saúde, ele acaba fazendo algumas reivindicações que os nossos governantes, gestores, não respeitam, então o que pesa hoje é a política partidária (...) porque eles esquecem que o poder emana do povo"* (C1).

"*Eu acho que a gente teria que ser mais atendido*" (C2).

Outras opções de manifestação popular

A presente investigação demonstrou ainda que, na opinião dos conselheiros, a população acaba se expressando de maneira individual, não organizada comunitariamente, procurando, por exemplo, a mídia televisiva. A mídia como canal de comunicação e difusora de informações foi bastante criticada pelos conselheiros, que relataram não receber seu apoio no sentido de divulgar as realizações do Conselho Municipal de Saúde e informar a população sobre esse espaço de democratização.

> "*Nem quando eles têm alguma dificuldade eles não vêm, é preferível ligar pra imprensa, pra televisão do que vir participar, trazer a sugestão. Hoje eles estão acostumados a ir pra mídia, pra imprensa (...), esse papel que deverá ser feito lá dentro do bairro, lá tem um conselho de educação que eles poderiam estar participando*" (C3).

Outras formas de participação popular que se tornam importantes na luta pelas conquistas no campo da saúde fora dos espaços institucionais são, por exemplo, as ações por outras vias, como denúncias na imprensa, passeatas e outras formas de pressão e reivindicação. Contudo, estas reivindicações possuem baixa efetividade e resolutividade. Verifica-se, então, a necessidade de a população encontrar formas alternativas e efetivas de mobilização, no sentido de assegurar direitos, seja por meio da contestação e/ou pressão sobre o Estado, firmando-se como efetivo controle público (PESTANA, 2006; LONGHI, CANTON, 2010).

Condições que dificultam o acesso às reuniões do CMS

Em sua reflexão sobre a baixa participação popular no CMS-RP, os entrevistados afirmaram que, apesar da população ter conhecimento do espaço de controle social, não há participação ativa por falta de tempo devido a sobrecarga diária de atividades, o que dificulta a conciliação com possibilidades de participação nos conselhos, e, também, por não saberem como participar, por falta de vontade, informação ou abertura por parte do CMS.

"Eu acho que a população tem participação dentro do conselho, desde que ela busque essa participação, (...) eu vejo realmente vindo e participando aqui não é a população, o que eu vejo realmente são os estudantes (...), mas eu gostaria de ver a população, ela cobra muito mas não participa (...), como agora a emenda 141, que os conselheiros podem ir até presos (...) junto com o secretário, você acha que a população vem participar quando souber dessa lei? Já não ganha nada (...) e ainda você correr o risco de ser preso (...) E não tem a divulgação que deveria ter, nós só vamos mudar o país quando começar a ter divulgação das coisas boas" (C2).

"90% sabe mas não participa, não vem (...). As pessoas hoje vivem em função de levantar pra trabalhar, voltar 6 horas da tarde, fazer janta, lavar roupa, cuidar das crianças, não tem tempo pra vir nos conselhos, para participar até nas comunidades, nas associações de bairro" (C3).

"Por falta de informação e de abertura, ela não tem participado muito não, seria ideal que participasse muito mais. Eu acho que as porteiras estão fechadas. Percebemos nitidamente e sabemos que existe um esforço em dificultar o acesso, porque os usuários são pessoas que trabalham, uma reunião que é convocada as 14horas, ele não pode participar porque ele está trabalhando (...). As reuniões do conselho são as 19h, mas somente uma reunião por mês" (C4).

Ao abordar este tema, estudo elaborado por Coelho (2012) relatou a situação de desvantagem da população, uma vez que não conta com disponibilidade de tempo, transporte, assessoria institucional, enfim, toda uma infraestrutura que deveria estar presente para que pudesse participar mais de órgãos como o CMS.

Dificuldades de integração dos membros do CMS com a população

Os sujeitos deste estudo relataram que percebem uma participação muito individual, uma vez que os representantes não se juntam à comunidade para trazer suas demandas, ou seja não há um canal efetivo de comunicação com a população.

"Eu vejo uma participação muito individual, então, apesar das pessoas que estão ali

serem representantes de determinado segmento, eu não vejo de uma forma geral uma articulação dessas pessoas entrarem em contato com os seus segmentos para trazerem uma proposta em conjunto (...), então as pessoas vêm no CMS e trazem uma opinião meio que pessoal e não de um grupo que elas representam" (C6).

"*Acaba ficando restrita, por exemplo, a um presidente de Associação de Moradores que é do Conselho, então um parente, um conhecido fica mais ou menos restrito ao meio de cada conselheiro*" (C7).

"*(...) o que eu vi nesses 3 anos que eu estive lá é que são grupos de alguns bairros, pessoas que representam alguns bairros, algumas associações, mas eu jamais vi outros indivíduos ou um grupo de indivíduos daquela associação estarem lá dentro, sempre vi alguns representantes. (...) eu senti que os representantes fazem parte ali, conchavos entre (...) um lado ou outro de quem comanda ou dirige e tal (...) eu acho que as reivindicações teriam que partir por escrito dos bairros e de lá levar*" (C9).

Ao estudarem o tema, diferentes autores compartilham a ideia de que não há possibilidade de exercício de controle social efetivo sem a disponibilização de informação, pois é a partir do diálogo entre os atores locais e a pulverização das informações e do pensamento coletivo que os problemas são discutidos e resolvidos. Dessa forma, demonstram a importância de multiplicar essas informações com base em preceitos éticos e no direito, compartilhando saberes e poderes (FARIA, 1996, p. 46; SCHOELLER, 2003, p. 14; SORATTO; WITT; FARIA, 2010). A falta de diálogo entre a sociedade civil e o governo pode comprometer não somente a paz social, mas também a legitimidade democrática do poder local. Sendo assim, observa-se que apesar de que o diálogo entre a sociedade civil e os gestores públicos para definição de políticas públicas seja estimulado por parte do governo federal, não se conseguiu ainda uma melhor atuação, nem por parte da sociedade civil e nem tampouco pelos gestores públicos (OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2012).

Cada conselheiro representa uma parte da sociedade e está no conselho para levar as necessidades e as sugestões da comunidade que representa, visando um sistema de saúde melhor para todos. É importante lembrar que, para tanto, os conselheiros de saúde devem acompanhar, de perto, como está a saúde da população e a qualidade dos serviços oferecidos (BRASIL, 2010).

Dessa forma, ao visitar unidades de saúde, os conselheiros podem ouvir usuários e

trabalhadores de saúde e depois apresentar as demandas em reunião do Conselho de Saúde (BRASIL, 2010). Por outro lado, os serviços e os profissionais de saúde devem assimilar que também têm a responsabilidade de fazer circular a informação, o que implica estar em um jogo de interesses entre o sistema (gestão de saúde e trabalhadores) e os usuários dos serviços de saúde (SORATTO; WITT; FARIA, 2010).

Nesse contexto, é nítida a falta de um canal efetivo de comunicação entre os membros do CMS e a população em geral. Os dados discutidos na revisão de literatura apontaram esta situação sendo de extrema importância que esse laço de comunicação seja estreitado. Sendo assim, um passo determinante é que o conselheiro repasse regularmente as informações das deliberações do Conselho para suas instituições, até mesmo no sentindo de incentivar a colaboração dos mesmos na emissão de demandas. O conhecimento das ações do CMS configura-se como estratégia de motivação para a participação popular (DUARTE; MACHADO, 2012).

Ausência de uma cultura de controle social

Alguns sujeitos do estudo relacionaram a baixa participação popular dentro do CMS a uma questão cultural.

> *"(...) dos 104 bairros, só tem 30 que estão com suas associações atuantes. Dos 30 somente 7 mandaram candidatos pra participar do Conselho, (...) então essa participação é típica do brasileiro, o brasileiro não é de participar muito (...), aqui veio o Estado português colonizar uma região, então desde o comecinho já foi subordinado ao Estado, então o Brasil é um país que se acostumou sempre a olhar para o governo e pedir coisas (...). Quer dizer, o povo não se sente responsável pela própria história, (...), algumas mudanças a gente tem visto, há alguns sinais de que essa nova geração vem vindo com uma nova consciência, mas ainda é um movimento muito incipiente. Por isso que o político aqui faz campanha distribuindo bola de futebol, camiseta, dentadura, é aquela coisa do prover, é o político provedor, você vai votar em mim porque eu vou te ajudar a hora que você precisar"* (C5).

Esta fala corrobora a forte cultura estadista existente no Brasil, na qual as pessoas responsabilizam o Estado pelas soluções de seus problemas cotidianos, condenando-se a uma situação de resignação, conformismo e impotência, caminhando, assim, para o lado oposto ao

desenvolvimento, uma vez que, ao observarmos experiências bem sucedidas de desenvolvimento, descobrimos que na maioria dos casos existe um elevado nível de cooperação e parceria entre Estado, Mercado (compreendido como o conjunto dos agentes econômicos) e Sociedade (entendida como o conjunto das organizações sociais, de todo tipo) (PAULA, 2008).

Em contraposição, alguns direitos, como os direitos sociais, dentre eles o direito à saúde, exigem uma postura positiva do Estado, com caráter de provedor. Portanto, o Estado deve assumir uma ação positiva, através de uma efetiva garantia e eficácia do direito fundamental de prestação à saúde, e esta revela-se como pressuposto para a qualidade de vida e dignidade humana (HUMENHUCK, 2002; SILVA; FERREIRA; DA SILVA, 2010).

Outrossim, Nobre (2004) afirma que o cidadão não deve ser um mero cliente do Estado, mas que deve, de fato, questionar a própria lógica da ação estatal oferecida, encontrando formas de ampliar sua participação nas decisões nos diversos espaços de deliberação, fazendo valer seus direitos e deveres.

Segundo Gastal e Gutfreind (2007), o Estado é percebido, em suas representações, como uma instância alheia à população e que a domina: uma esfera na qual habitam médicos, funcionários públicos, políticos, patrões, os quais estariam motivados por interesses particulares. Esta percepção também foi relatada pelos entrevistados desta pesquisa e mencionada anteriormente neste trabalho. Nessa perspectiva, Jovchelovitch (2000) assinala achados semelhantes, discorrendo que há uma representação de distância intransponível entre o cidadão comum e as esferas de poder. Além disso, afirma que as representações sociais propiciadas pelo Estado obstaculizariam a participação popular, enquanto que serviços abertos à participação popular poderiam representar possibilidades de novas representações.

É importante salientar que, embora toda a legislação aponte para o acesso às ações de saúde, no seu mais ampliado conceito como garantia do Estado, na prática, a busca desse direito muitas vezes precisa ser reivindicada, e assim, o Estado passa a ser compreendido como poder hierárquico superior que deve ser pressionado pela sociedade civil por meio de canais institucionalizados (DALLARI et al., 1996; SILVA; FERREIRA; DA SILVA, 2010).

Correa (2000) e Cotta (2011) afirmam que, por representarem um espaço democrático de gestão do que é público, os Conselhos, apesar de suas contradições e fragilidades, têm sua importância, principalmente num país como o Brasil, em que a cultura de submissão ainda está arraigada na maioria da população e o que é público é tratado como de posse de alguns privilegiados.

Atualmente, estamos vivendo uma crise representada por uma fragilidade dos

movimentos sociais, gerada por fatores políticos e históricos de modelo de gestão governamental, que interferem em toda rede social. Esta crise pode ser analisada sob duas vertentes, uma conjuntural e a outra cultural. Conjuntural porque estamos numa sociedade impregnada pela ideologia capitalista, baseada na lógica do individualismo, do consumismo, do imediatismo e da competição. E cultural, porque a nossa democracia é predominantemente representativa, na qual delegamos poderes a um pequeno grupo e não exercemos a participação, sobrecarregando-os e aceitando passivamente as decisões tomadas verticalmente (PONTE, 2007).

Nesse cenário, os conselheiros chamaram a atenção para o fato de que a instituição dos Conselhos Municipais de Saúde e o controle social tenham sido impostos de cima para baixo, ou seja, através de leis estabelecidas pelo governo enquanto deveria ser uma exigência da população.

> *"(...) você vê a participação aqui ela é forçada de cima pra baixo, você cria uma lei e cria os Conselhos Municipais, depois você tem que fazer uma briga pra achar quem participe, então o governo que deveria ser pressionado pela participação popular, ele cria a participação popular a partir de uma lei federal que institui os Conselhos Municipais e diz quem pode participar, como deve participar, ou seja, nada aqui é organizado de baixo pra cima, tudo de cima pra baixo (...)"* (C5).

Silva et al. (2012) também evidenciaram que as demandas em geral são levadas de cima para baixo, enquanto deveriam ser levadas no sentido contrário, da população para os gestores. Dessa forma, alguns autores advertem que essa institucionalização prévia, que recruta a participação, a impede de ter a eficácia grupal que teria se fosse derivada de uma organização genuína (PICKARD, 2001).

As intervenções concebidas de cima para baixo precisam ser flexibilizadas. Nesse processo, a descentralização decisória pode emergir como alternativa articulada e combinada para o alcance de maior efetividade das intervenções (BODSTEIN et al., 2004).

Desinteresse e dificuldades de participação no Conselho pela população

Dentre os problemas mencionados pelos entrevistados, enfatiza-se a dificuldade de participação da população e a falta de renovação dos conselheiros.

"*A participação é muito pequena, e o pior, os que participam são os mesmos de sempre, tem muito pouca renovação nessa última eleição. Eu acho que o CMS funciona bem, mas ele tem problemas de representatividade, são sempre os mesmos*" (C5).

"*Pouca. Muito pouca.*" (C8)

Nesse sentido, um estudo desenvolvido em Várzea Paulista mostrou que o CMS desse município optou por fazer a eleição do novo mandato com os membros delegados da 3ª Conferência Municipal de Saúde, buscando assim, garantir a representatividade no Conselho e o conhecimento e compromisso com as deliberações da Conferência, possibilitando um melhor acompanhamento do futuro Plano Municipal de Saúde. Tal estratégia garantiu que a definição da política pública de saúde para o próximo quadriênio respeitasse as diretrizes assistenciais e de participação da comunidade no SUS aprovadas na Conferência (TOFANI; CARPINTÉRO, 2012). Sendo assim, para os autores, a eleição dos membros do Conselho Municipal de Saúde entre os delegados presentes na Conferência representou um marco de compromisso e ampliação da capacidade de exercício das atribuições dos conselheiros na formulação e acompanhamento da saúde no município. A grande riqueza do processo foi a oferta de espaços de debate entre os diversos olhares, que propiciou um processo educativo de ensino-aprendizagem e formação política dos gestores, prestadores, trabalhadores e usuários participantes. Também os dispositivos de participação social na saúde apresentaram-se fortemente como espaços de aprendizagem e de ensino no sistema de saúde (TOFANI; CARPINTÉRO, 2012).

Avaliação pessoal positiva dos conselheiros a respeito de suas próprias participações

CMS como um espaço aberto e efetivo para a participação

Apesar das críticas mencionadas pelos Conselheiros, ao serem perguntados sobre sua participação, alguns sujeitos do estudo afirmaram que participam, conseguem se manifestar e são atendidos em seus pedidos. Ressaltaram a abertura do Conselho e do espaço garantido que possuem para se manifestar.

"Eu considero minha participação 100%, eu não abro mão, (...) fiscalizo 100%. Eu consigo me manifestar dentro do conselho, sem dúvida! Tem espaço! (...) sem duvida minha manifestação é atendida porque a gente cobra certo (...) eu não venho aqui pra cobrar uma coisa que não é pra população, são coisas que realmente são necessárias, eu preciso de um médico na unidade, então cadê o médico? (...)" (C3).

"Consigo, sempre frequentei as reuniões, sempre me manifestei quando solicitei, sempre respondi os questionamentos quando me solicitado, tive uma participação boa. As minhas manifestações foram sempre no bom sentindo e sempre que eu me manifestei eu fui atendida" (C8).

"Na verdade eu tinha até um ano atrás uma participação um pouco privilegiada, porque como eu sou representante da SMS e do gestor, muitas das coisas que são discutidas precisa de uma informação melhor, (...) e acho que a minha participação também foi com muita assiduidade, acho que desses 4 anos, eu não devo ter participado de 2 ou 3 reuniões nos anos todos (...)" (C6).

"Eu gostei muito da minha participação, (...) eu participava com bastante prazer, sempre fui ouvida (...). Eu achava que eu tinha espaço pra falar sim, tive oportunidade de participar, de ser presidente de uma comissão, tive bastante espaço sim. É um Conselho bastante aberto (...)" (C7).

Em contraposição, outros conselheiros afirmaram que participam, conseguem se manifestar e às vezes são atendidos e outras vezes não, característica natural do processo de democracia.

"Eu fui um conselheiro um pouco polêmico, algumas vezes fui atendido, outras não, mas em relação a isso eu não me lamento, porque na democracia é assim, uma hora você vence e uma hora você é vencido (...). Cheguei a pedir inversão de pauta e não ser nem posto em votação e com isso eu me retirei do plenário e fui muito mal interpretado, depois fui reconhecido, mas não tenho nenhuma queixa, eu me considero um conselheiro que fiz o meu papel da melhor maneira possível" (C4).

"Eu não sei se elas foram atendidas, eu tentei me manifestar em meu nome, em

algumas ocasiões representando o Centro Médico" (C9).

"*Eu acho que a minha participação é boa, eu consigo defender as minhas opiniões, as vezes eu consigo fazer com que ela prevaleça, as vezes não, mas isso faz parte do jogo (...). Eu estou lá porque, como cidadão, eu quero dar minha contribuição e quero exercitar meu direito de fazer controle social. Eu participo com bastante frequência, estou quase sempre presente, e consigo, sim, me manifestar e na maioria das vezes consigo fazer uma boa persuasão com o pessoal lá a respeito do meu ponto de vista, acho que nesse aspecto funciona legal (...)*" (C5).

"*Mas eu acho que quando eu pedi palavra, a palavra a mim foi concedida, não posso reclamar nada, mas só que eu senti que o meio ambiente ali não é um meio ambiente pra resolver, tem uma postura muito partidária ali dentro, que eu acho um absurdo isso, não faz sentido alguém ir lá defender partido ali dentro, ali nós temos que defender a saúde (...)*" (C9).

Embora a má representatividade tenha sido muito enfatizada pelos conselheiros, esta pesquisa constatou uma autoavaliação positiva da participação dos próprios conselheiros, em consonância com resultados de estudos similares, nos quais a maioria dos membros se avalia capaz para exercer bem a função (DUARTE; MACHADO, 2012). As falas ressaltaram também a associação feita pelos conselheiros entre o controle social e a possibilidade de fiscalização do Estado, assim como a utilização da tática de se retirar da reunião por alguns conselheiros como meio de demonstrar sua insatisfação quanto às decisões tomadas ou ao fato de seus pedidos terem sido negados, temas discutidos anteriormente neste estudo.

Necessidade de melhoria e continuidade do avanço da participação social

Os Conselheiros entrevistados, apesar de perceberem algum avanço, relataram a necessidade de melhoras, especialmente no que diz respeito à participação.

"*Eu acho que dentro da participação da gente, a gente avançou muito, dentro do conselho, acho que a gente teve muita conquista, mas não está 100% daquilo que a gente queria não, tá, vamos dizer que a gente conseguiu ai uns 80%, não 100%. Então eu acho que nossa atuação poderia melhorar, não tô satisfeito não*" (C2).

"(...) nós conseguimos muito, a transparência do dinheiro, a prestação de contas, tem algumas coisas ainda que precisa melhorar, (...) mas precisa participação, todos os conselheiros têm que estar engajados, porque hoje a gente vê no conselho que tem meia dúzia engajado e o resto não tá e daí atrapalha a gente" (C3).

Apesar de muitos conselheiros declararem que os representantes não cumprem seu papel de buscar as demandas das comunidades, quando avaliam sua própria participação, dão-se por satisfeitos, e quando não, atribuem sua insatisfação à plenária do Conselho por não atender às reivindicações.

Nesse contexto, observamos a importância do pensar e agir coletivamente dentro do CMS, dos membros se enxergarem como parte de um grupo e tomarem decisões em prol desse grupo e da população a qual representam. Vale ressaltar que, via de regra, é inerente ao processo democrático a conquista ou não de determinadas solicitações, pois sempre o que prevalece é a decisão do plenário, fato este compreendido e citado pelos conselheiros entrevistados nessa pesquisa.

Importa afirmar, também, que toda demanda levada ao Conselho passa pelo processo de discussão e deliberação, ou seja, através do voto dos conselheiros se identifica qual a opinião da maioria e, assim, chega-se a conclusões do que será feito. É dever do conselheiro votar em prol da saúde da população em geral. Nesse sentido, a revisão de literatura detalhada no capítulo 2 apresentou como tema a dificuldade de deliberação dos Conselhos, que acabam tomando decisões mais informativas ou opinativas.

O Conselho e sua influência no ambiente externo e interno

A atuação do Conselho e avanços na saúde

Os Conselheiros argumentaram que observaram muitos avanços na saúde do município e atribuíram essas conquistas ao caráter aberto do CMS, à postura do presidente do Conselho e à organização da sociedade.

"Nós conseguimos muita coisa nesse mandato aqui, não nos outros que era muita burocracia. E isso se deve à abertura da Secretaria, do secretário, o espaço que ele

deu pra gente estar trabalhando junto com ele, porque quando você dá espaço pro conselheiro, (...) quando você abre espaço, daí você conquista, a mídia não gosta disso, a imprensa, televisão, ela não gosta de apresentar coisa boa, ela só apresenta coisa ruim pra população não ficar sabendo do que está acontecendo (...)" (C2).

"*Avaliando Ribeirão Preto, o Conselho funciona, a secretaria funciona, porque tem postura, quando o secretário tem postura e atua com os conselheiros, é ótimo, a coisa anda, quando não, complica, eles se fecham entre eles na sala e tomam as decisões deles, quando chega no conselho chega distorcido e vira a maior brigaiada, nós aqui não, nos já falamos direto com o secretário*" (C3).

Os Conselheiros citaram, ainda, diversos exemplos de conquistas alcançadas com a ação do CMS, como, por exemplo, a participação de alunos nas reuniões do Conselho, a melhoria do cargo de Agentes comunitários, o aprimoramento do projeto Leva e Traz da Saúde, o planejamento ascendente de saúde e a mudança de paradigmas, reformas em unidades e conclusão do regimento interno.

"*(...) bastante, é, AIDS teve, agora nós temos o teste rápido que está sendo feito, isso é uma avanço, mandava pro Adolfo Lutes, agora não, agora a gente faz o teste aqui, entendeu? Então tem muitas coisas da área da saúde que teve um ganho. A Secretaria da Saúde que também está modernizando todas, nós temos aí agora o Hospital Santa Lydia que agora é da Prefeitura, mas que precisa mudar muita coisa nele também (...). Tem a questão da tuberculose que também está tendo um avanço, teve até prêmio pra quem se tratar, se cuidar melhor, entendeu. DST-AIDS e a rede cegonha pras mães que fazem acompanhamento também tem prêmio, eu acho que também aprovou na Conferência de Saúde, que o Ministério vai dar um prêmio pras Unidades que fizerem melhor atendimento, funcionário vai receber, é tudo estímulo pra mudar (...). Vou dar um exemplo de portador de deficiência, veio uma verba de 200 mil pra fazer acessibilidade em Ribeirão Preto, então você tem que correr a cidade pra ver onde que vai fazer, então isso é um trabalho que o conselheiro tem que fazer, você tem que dar a direção, você não pode ficar parado, por isso que eu falo pra você, a população é difícil ajudar, participar, não vem, e quando vem, não vem pra ajudar. Essa é a luta nossa dentro do Conselho Municipal de Saúde*" (C3).

"(...) Outra verba que a gente conseguiu foi o SAMU, que agora tem verba anual, mensal. O SAMU ele foi criado e inventado aqui em Ribeirão (...). Outra conquista também é o Brasil sorridente, uma luta nossa" (C2).

"Hoje temos o DST-AIDS que é uma referência, temos vários programas aqui da Secretaria da Saúde de prevenções que funcionam que foram conquistados com a atuação do Conselho, nós participamos de alguns, né, sobre o programa de tuberculose, nós temos vários representantes que participam, (...)" (C1).

"O caso do Leva e Traz da Saúde, por exemplo, foi um projeto de governo que foi implantado pensado com a Secretaria do Transporte, então aquele formato não se encaixou pra saúde, porque a demanda que precisa de um transporte coletivo, não era o mesmo da necessidade da saúde, então fizemos uma proposta de reformular o projeto, agora existe um projeto de Leva e Traz, mas nos moldes que esse Conselho entendeu como uma proposta adequada pra saúde mesmo, para o que os pacientes precisam, como eles precisam se deslocar, com um atendimento mais individualizado. Nós compramos várias vans, refrigeradas com qualidade de transporte e com agendamento programado, então os pacientes que necessitam e fazem a hemodiálise 3 vezes por semana, têm um itinerário, esse transporte busca, leva, traz. Teve uma ação importante do Conselho nessa transformação. (...)" (C6).

Os achados deste estudo estão em consonância com dados de pesquisas semelhantes.

Dessa forma, o trabalho de Duarte e Machado (2012) demonstrou que a maioria dos entrevistados (76%) acreditava que havia resultados práticos nas deliberações do Conselho, o que mostra que a percepção dos conselheiros é positiva em relação ao cumprimento do próprio papel pelo colegiado (DUARTE; MACHADO, 2012).

Dentre os avanços na saúde do município de Ribeirão Preto constatados pelos entrevistados desta pesquisa, apresenta-se a instalação da UPA 24 horas no município e a priorização da Atenção Básica e do PSF.

"A gente conseguiu trazer as UPAS que foi uma luta do Conselho de Saúde, e a UPA ía sair de uma forma muito ruim, que ao invés de sair da alvenaria, ía ser de lata. A gente conseguiu barrar a contratação da construtora que ia fazer de lata, e transformar ela em alvenaria. Então foi uma conquista nossa, com a metade do preço,

nós fizemos de alvenaria, então isso foi uma conquista do conselho, economia de dinheiro, melhoria do atendimento da população. PSF é outra conquista (...)" (C2).

"*Nós temos também a UPA, que vai vir mais duas. Isso daí são conquistas de conselheiros, que lutaram, foram lá, comeram o pão que o diabo amassou pra poder trazer pra cá, junto com a prefeita*" (C3).

"*A UPA, pra mim foi uma das conquistas mais significativas que o conselho participou, teve membros do conselho que foram visitar, era pra ser feito uma UPA afogadilho e o conselho não permitiu, com a intervenção do conselho, (...) nós temos uma das melhores UPAs do Brasil*" (C4).

"*A principal é que nós estamos conseguindo fazer que a Atenção Básica e o PSF sejam priorizados. As equipes estão crescendo, sendo treinadas e os resultados já estão aparecendo (...). Então, essa mudança dá pra perceber que está ocorrendo. Ainda não é o ideal, eu acho que hoje se você somar todos os recursos, o que vai para a Atenção Básica ainda não chega a 50% mas já é um avanço porque há 10 anos não chegava a 10%*" (C5).

Atuação do Conselho e retrocessos na saúde

Apenas um entrevistado afirmou que não se lembrava de ter vivenciado melhorias na saúde do município durante sua experiência como conselheiro.

"*(...) em benefício da saúde, você me perdoe, eu posso até estar esquecendo, mas eu não lembro de alguma coisa que possa ter me chamado a atenção (...). Eu vi alguns representantes de bairro, de associações reclamarem de algumas situações de construções que pararam, mas não sei o que deu (...). Senti uma dificuldade em se mudar as coisas, não senti real empenho do conselho em se melhorar a saúde (...). Então isso que eu achei lá, achei que deveria ser uma coisa mais voltada para a comunidade, prover reuniões nos bairros. E fazer as mudanças porque eu escuto as pessoas reclamarem dos atendimentos médicos nos Centros de Saúde, UBS, porque só muda o nome né, Centro de Saúde, UBS, de repente é UPA, APA, desde que eu sou aluno*" (C9).

Observou-se, portanto, a percepção negativa de um dos entrevistados que afirmou não se lembrar de qualquer situação real de avanço na saúde do município. Advertiu, ainda, sobre a necessidade de aproximação do Conselho com a comunidade, tema recorrente em estudos sobre o tema.

Realização de melhorias internas no CMS

Dentre ações realizadas e que repercutiram positivamente na dinâmica interna dos Conselhos, os sujeitos do estudo consideraram a conclusão do regimento interno e a criação de oficinas de planejamento descentralizadas.

> *"(...) a gente começou a preparar oficinas de planejamento centralizadas, ao invés da Secretaria ter um pacote e levar essa discussão (...)"* (C2).

> *"(...) agora com a nova lei o CMS melhorou muito, inclusive eu fiz parte da comissão de mudança, e agora até o presidente é um jovem usuário que foi eleito com a maioria dos votos, houve outros candidatos mas pela primeira vez não é o próprio gestor que é o presidente do conselho, isso já é um avanço e espero que o progresso não pare aí"* (C4).

> *"(...) para o Conselho, eu acho que foi uma conquista a conclusão do regimento que teve esse ano, né" (C8).*

Mudanças na saúde mental

A saúde mental também foi um foco específico deste estudo. Nessa perspectiva, a categoria "Mudanças na Saúde Mental congrega os temas originados das falas dos Conselheiros sobre o assunto.

Avanços na Saúde Mental

Ao abordarem a saúde mental, os Conselheiros exemplificaram situações

consideradas como conquistas, dentre elas as Residências Terapêuticas, o prêmio Cesar Cerqueira e o Centro de Atenção Psicossocial III (Caps III).

> *"Hoje nós temos aqui em Ribeirão de 18 a 20 residências terapêuticas, aquelas pessoas que eram abandonadas nos manicômios e hoje estão morando nessas residências, isso foi um grande avanço, você pode visitar eles. Saúde mental também teve uma mudança gradual, precisa ter alguns ajustes. Tem muitas coisas acontecendo. Tem o prêmio César Cerqueira que o Ministério dá para os pacientes de saúde mental (...), que nem agora vai ser pros usuários de saúde mental, então vai ter uma comissão organizadora, tem uma avaliação, um critério, e dá um prêmio pra quem tem atividade, quem acompanha mais, quem tá dentro da família" (C3).*

> *"Na saúde mental a gente conseguiu trazer o Caps III, a coisa tava barrada, eu e outro conselheiro pegamos dinheiro aqui, fomos e voltamos de Brasília de ônibus. Lá fomos atrás do deputado Nogueira, não conseguimos falar, fomos atrás do deputado Maluf, que acompanhou a gente até o Ministério e conseguiu desengavetar o projeto. Nós trouxemos o projeto carimbado e assinado para liberar, para montar o Caps III. Só que não pode ficar parado por aí, a gente tem que avançar, porque hoje a gente tem falta de leito para os drogados, e o governo do Estado vem barrando esse andamento da saúde mental" (C2).*

Nesse cenário, destacamos um estudo que buscando avaliar a participação do Conselho de Saúde na discussão sobre a inclusão das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família em uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre-RS, concluiu que o Conselho representa um facilitador no processo de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica (MIELKE, COSSETIN, OLSCHOWSKY, 2012).

Ressalta-se, portanto, a potencialidade do controle social para fortalecer os princípios e diretrizes do SUS, bem como da Reforma Psiquiátrica, possibilitando a reinserção social dos usuários da saúde mental no espaço da cidade, buscando a promoção da saúde.

Entraves na Saúde Mental

Além dos avanços, os Conselheiros também mencionaram dificuldades para a saúde mental no município, destacando a influência dos componentes sociais, a falta de uma

estratégia preconizada de tratamento e acompanhamento, a má funcionalidade da Rede de Saúde Mental, recursos escassos e a existência de grupos de pessoas com filosofias distintas à respeito da desospitalização. Dentre os entraves mais citados está a situação dos usuários de álcool e drogas e dos serviços específicos para este grupo da população.

> *"É um problema complicado porque álcool e droga é o maior problema de saúde pública. O crescimento do número de dependentes químicos é um problema mundial alarmante e o sistema não está preparado para lidar com isso. Até hoje tem questões fundamentais, inclusive de conceito, que droga não é assunto de saúde, é assunto de polícia, como também o contrário, que droga é assunto de saúde, não tem nada a ver com polícia (...). Estrategicamente, não há muito consenso em como essa questão deva ser tratada e isso se reflete no dia a dia da população: são muitas famílias que vão na Secretaria pedindo para internar o dependente porque ele está espancando, assaltando, a família não aguenta mais. Mas isso é uma questão de chamar a polícia, não a SMS. (...). A cada 100 internos, 70 retornam ao consumo da dependência (...). Então essa é uma questão que eu acho que ainda vai demorar um tempo para ser resolvida, se é que vai ser resolvida. Essa questão é muito grave" (C5).*

> *"Do ponto de vista de gestão, é uma área em que o componente social as vezes é predominante ao componente da saúde, (...) os recursos para essas áreas são escassos, existe uma rede pensada que não funciona, então você tem uma série de dificuldades, um modelo CAPS pensado para desospitalização que não atende os casos agudos. Então, continuamos com casos de primeiro surto ou de pacientes que agudizam em serviços impróprios para cuidar disso. Acho que o CMS discutiu bastante isso, mas muito aquém das necessidades e a própria estrutura de rede acho que não avançou" (C6).*

Ausência de uma política pública de saúde mental clara

Os Conselheiros também argumentaram sobre a dificuldade em se avançar na saúde mental em virtude da falta de uma política pública de saúde voltada para esse setor que defina o processo de assistência. Comentaram ainda sobre a existência de teorias distintas e contrárias, como, por exemplo, no que diz respeito à internação ou não do paciente.

"A saúde mental é muito complicado, acho que aconteceram avanços mas são muito pequenos ainda, dentro do contexto que temos para desenvolver. Tem esses componentes de distorções de teorias muito apaixonadas que não se conversam e poucas pessoas para alinhar o meio termo e avaliar cada caso como um caso e do contexto todo da rede, todos os componentes são necessários, você precisa construir isso, e muito se fala de internação e pouco se fala de prevenção" (C6).

"(...) caso de drogadição (...) nós temos conhecimento direto do tráfico, do uso, e nós não temos uma linha, uma orientação legal e certa para dar para ela, se uma chegar em mim e perguntar o que que eu faço com o meu filho, a gente nunca sabe" (C7).

Ao tratarem da saúde mental, observamos novamente o tema relacionado ao uso e abuso de álcool e drogas.

Internação compulsória como problema emergente na Saúde Mental do município

Alguns conselheiros levantaram o tema da internação compulsória, medida que está sendo tomada para alguns casos dentro da saúde mental, e está causando questionamentos quanto à sua validade como estratégia de cuidado em saúde.

"(...) agora tá vindo essa novidade que é a internação compulsória em algumas Unidades quando você vê que tem risco de vida envolvido na família, (...) em que a agressividade pode estar colocando em risco a vida de outras pessoas, então nesses casos estão começando a fazer a internação compulsória (...). A SMS se recusa a internar essas pessoas, apesar de elas estarem causando um dano social grave aos seus próprios familiares. Então, a questão legal precisa ser melhor regulamentada" (C5).

"(...) às vezes o pessoal das clínicas não quer internar uma criança porque tem medo da mãe abandonar o filho lá. Isso acontece, então internação compulsória é um perigo. E alguns casos é uma segregação do paciente, além de uma prisão né, porque compulsória, tô obrigando ele a tratar, você tá fazendo uma medida judicial pra interná-lo é porque ele não quer, qual a chance desse tratamento dar certo? Quando a pessoa não quer, não está minimamente envolvida para que dê certo?" (C6).

A internação involuntária, ou seja, sem o consentimento do paciente, suscita uma série de questões éticas, devido à privação de liberdade, trazendo, inevitavelmente, um conflito entre dois dos princípios médicos: a ação beneficente do paternalismo médico e a autonomia do paciente, ou seja, a sua capacidade de autogoverno e livre arbítrio (FORTES, 2010).

De acordo com o art. 6º da Resolução CFM nº 1.598/2000 (BRASIL, 2000), "nenhum tratamento deve ser administrado a paciente psiquiátrico sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção desse consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas". Parágrafo Único - Na impossibilidade de obter-se o consentimento do paciente deve-se buscar um responsável legal.

Por outro lado, as não intervenções terapêuticas às quais o paciente tem direito, podem resultar em condenação no Código Penal e no Código de Ética Médica caso seja constatada negligência, imprudência ou imperícia do médico, como por exemplo, não indicar uma internação involuntária, quando esta for justificada técnica e legalmente (FORTES, 2010).

Achados do estudo de Fortes (2010) corroboram as inquietações apontadas pelos membros do Conselho: é legítimo prover cuidado e proteção a quem é um risco para si ou para outros, mesmo quando esta atenção não é desejada? Ou deve-se respeitar a autonomia, quando isso pode implicar no aumento da vulnerabilidade destes pacientes? (FORTES, 2010).

A Internação Psiquiátrica Compulsória prevista na Lei 10.216, artigo 4º e parágrafo primeiro, deve ser dada por determinação judicial, quando o portador de transtorno mental oferece risco para si, para sua família ou para a sociedade, levando-se em conta as condições de segurança do estabelecimento, e, assim sendo, não pode ser legalmente questionada, embora sobre a ótica técnica e ético-moral, mereça discussões profundas (BRASIL, 2001). Quaisquer que sejam as indicações das internações psiquiátricas, o Código Penal e a Lei Federal nº 10.216 exigem que se dêem em estabelecimentos hospitalares, e que seja garantido ao paciente segurança e humanização no atendimento, com o mínimo possível de permanência na unidade hospitalar e retorno ao convívio familiar e social (FORTES, 2010).

Sugestões de políticas futuras

Das entrevistas emergiram uma série de sugestões para políticas futuras de saúde, elencadas abaixo nesta categoria.

Foco nas necessidades do paciente e desprendimento de disputas de poder político

Além do projeto de melhora da infra-estrutura física com a construção de unidades de saúde, foi ressaltado que deve-se investir em prevenção e educação da população, com foco nas necessidades dos pacientes e não em disputas de poder político.

> "*Para a saúde de fato melhorar, não adianta construir UPAS em volta da cidade, tem que investir em Programas de Saúde da Família, na Atenção Básica, tem que trabalhar com a prevenção (...), educar a comunidade. Apenas construir unidade de atendimento, não vai solucionar o problema de saúde, isso é marketing, não resolve (...). O que eu sinto é que hoje existe um conflito entre município e Estado. Eles fazem disso um cabo de guerra, um quer puxar mais pro outro, então o que se deveria entender, ao meu ver, é que o SUS é de norte a sul do Brasil, não tem SUS municipal, não tem SUS Federal, não tem SUS estadual. Tem que lembrar que a necessidade é do paciente e não apenas quebra de braço de gabinete*" (C1).

> "*Existe uma diferença do entendimento do que é melhor na saúde do que o trabalhador, o gestor e o usuário pensa. Mas acho que essa evolução do próprio sistema, de discussão, vai melhorando a informação para as pessoas, (...). Hoje se você perguntar para a população o que que eles pretendem de melhoria na saúde é abrir uma unidade 24 horas o mais próximo possível. Mas a gente sabe que existem parâmetros para isso, (...), mas esse conceito que é uma questão cultural, está enraizado, e esse processo só modifica se você for informando e dando credibilidade que esse modelo que você está propondo também funciona*" (C6).

As sugestões mencionadas pelos sujeitos do estudo estão em consonância com o trabalho de Cruz et al. (2012) em que se afirma que é importante reconhecer, respeitar e trabalhar interesses conflitantes visando-se a construção de espaços democráticos e abertos de participação popular em saúde nos serviços locais (CRUZ et al., 2012).

Por fim, importa enfatizar novamente a importância atribuída pelos entrevistados ao processo de visibilidade da informação, como início de um movimento maior de educação em direitos, focando a construção da participação democrática da sociedade na saúde.

Adequação da estrutura em relação à demanda

Os conselheiros também citaram que as necessidades sociais e de saúde estão crescendo e a estrutura não consegue suprir este incremento da demanda.

> *"A cidade e a necessidade da população cresceu muito e nossa estrutura física e funcional não acompanha esse crescimento populacional (...). Eu vi melhorias, mas ainda falta em termos de estrutura física, eu acho que não estamos preparados, por exemplo, o número de atendimentos (...), mas é 30 pacientes para meia hora de trabalho, é lotado, não é falta de capacitação do funcionário, é uma estrutura inchada (...) como que a gente consegue manter equilíbrio emocional no meio de uma rotina maluca?" (C7)*

Nesse contexto, a adequação da infra-estrutura física e humana dos serviços de saúde aparece como um item importante nesta discussão, especialmente considerando os resultados da análise das atas, em que muitas demandas eram relacionadas à falta de profissionais de saúde em algumas unidades e à necessidade de adequação dos serviços. Sendo assim, esta reestruturação representa um item imprescindível para o oferecimento de serviços de qualidade no município.

Sugestões dos conselheiros de melhorias para a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Reuniões extraordinárias nas regiões do município

A fim de se obter maior participação popular, foi sugerido que o CMS se reunisse uma vez ao mês com a população de cada região do município, com o objetivo de se aproximar da comunidade e entender melhor suas demandas.

"(...) eu gostaria de ver os CMS se deslocar em edições extraordinárias, além das reuniões que tem todo mês, e ir nas regiões de Ribeirão. Uma reunião de todos os Conselhos Municipais em cada região, são cinco regiões, norte, sul, leste, oeste e centro. E com a participação pública e as reuniões amplamente divulgadas com antecedência, para a população poder se expressar. Os Conselhos Locais são para isso, mas eles não conseguem levar os conselheiros para lá. Os Conselhos Locais tomam as decisões e trazem para Secretaria ou para o Conselho Municipal, mas é só uma decisãozinha (...). Eu tentei fazer isso mas infelizmente não foi nem ouvida a ideia" (C4).

A sugestão de reunião do CMS com cada região do município visando aproximar o Conselho das pessoas e criar um espaço de discussão de necessidades constitui uma iniciativa já elencada por outros estudos como uma etapa necessária ao processo de democratização. Segundo Gastal (2007), a inter-relação de laços sociais e espaços de conversação e escuta seria uma etapa necessária para o resgate da capacidade de iniciativa política dos grupos sociais, sendo, portanto, precursora de uma maior consciência de direitos e possibilitadora de uma práxis reivindicativa.

Ademais, o trabalho de Cruz et al. (2012) também relata o estreitamento da experiência com a comunidade, por meio de reuniões, como um elemento imprescindível ao processo de participação popular. Essa estratégia daria à população a oportunidade de emitir opinião sobre o serviço de saúde e, dessa forma, no aspecto da organização do serviço, proporcionando um retorno sobre o trabalho que está sendo desenvolvido (SILVA, 2012).

Maior divulgação do papel e possibilidades de atuação do Conselho

A ampla divulgação na mídia das realizações do CMS foi sugerida como meio para que a população saiba como o CMS atua e quais as melhorias resultantes de suas ações para a cidade.

"(...) a imprensa, televisão, ela não gosta de apresentar coisa boa para a população não ficar sabendo do que está acontecendo (...). Aqui na Secretaria não tem muita televisão que vem porque tem um trabalho direto com os usuários (...) nós estamos aqui defendendo uma população de 640 mil habitantes, mas quem divulga este trabalho? Quem deveria fazer isso era a mídia" (C3).

Assim como a sugestão acima mencionada, vários estudos sugerem a maior divulgação das ações realizadas pelo CMS como o principal meio para o fortalecimento do controle social no município (COTTA, 2011; MARTINS; SANTOS, 2012).

Atuação individual eficaz de cada conselheiro

A atuação individual eficaz de cada conselheiro cumprindo adequadamente seu papel, com consciência de sua importância também foi sugerida como forma de potencializar o controle social exercido no contexto do CMS.

> *"Primeiro a atuação individual de cada conselheiro, quer dizer, o conselheiro que cumpre bem o seu papel, melhora o resultado final da qualidade do trabalho e faz com que o Conselho avance em direção a essa filosofia que foi estabelecida pela legislação federal. Segundo, que o CMS tenha consciência da sua própria importância, (...) muitas vezes se perde lá com discussões de baixa qualidade, de detalhes insignificantes e deixa de abordar questões muito maiores e mais impactantes no dia a dia do usuário do sistema" (C5).*

Em suma, destaca-se a relevância de cada Conselheiro e o seu papel com relação ao Conselho. Esta teia de interações individuais pode ser potencializada ainda mais se os Conselheiros tiverem consciência de suas atribuições e de possibilidades de discussões maiores sobre a composição da saúde no município.

Melhoria na representatividade

Ainda no contexto das sugestões, foi citada a ampliação da representatividade dos segmentos mais participativos da sociedade.

> *"(...) eu tenho colocado a representatividade de maneira insistente mas não consegui valer minha opinião na última mudança que teve da lei. Então, há uma hiper-representação dos setores populares que são, por exemplo, as associações de bairros, que tem 1/3 dos conselheiros, como eles são muito fracamente organizados, trazem uma participação popular defeituosa porque o Brasil não tem muita tradição de*

participação popular (...). Poderia atrair para o Conselho, através de uma ampliação do número de vagas dos setores mais representativos da sociedade, por exemplo, as entidades particulares que prestam serviço à saúde, os planos de saúde. Eles não estão representados no Conselho, no entanto, 50% da população de Ribeirão Preto é atendida pelos planos de saúde e não pelo SUS (...). As entidades de saúde privada não se sentem cobrados, vigiados pelo Conselho e deveriam ser porque fazem parte do sistema complementarmente. Os Sindicatos Patronais deveriam ter mais de uma vaga, então, por exemplo, Associação Comercial, Sindicato do Comércio Varejista. Então, você melhora a qualidade da participação, traz atores importantes na saúde pública para dentro do contexto" (C5).

A literatura identifica o problema de representatividade dentro dos CMS como um dos mais frequentes e difíceis de serem solucionados (COTTA, 2011; LABRA, 2002, 2005; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; GERSCHMAN, 2004; GUIZARDI et al., 2005).

Para Silva, Ferreira e Silva (2010), a resposta para a busca pela melhoria no acesso aos serviços de saúde será mais eficaz quanto maior for o comprometimento coletivo e organizado das pessoas na reivindicação desse direito em espaços legítimos de cobrança, através do estabelecimento de um objetivo comum que oriente a forma de se organizar e se sobreponha aos conflitos de interesses pessoais.

Quando os representantes exaltam seus interesses pessoais, afastam-se da luta pela atenção mais ampla dos representados. Essa questão abre a necessidade de fomentar um processo de participação popular e controle social juntamente a uma política de informação que não seja mera transmissora, mas sim capaz de problematizar, argumentar e formar opinião (SORATTO; WITT; FARIA, 2010).

Dessa forma, a concretização de instrumentos que viabilizem a prática da democracia participativa por meio de organizações representativas da sociedade civil se faz de extrema importância para a participação dos cidadãos nas decisões do Estado que afetam suas vidas nas questões de saúde (CRUZ, 2012).

Nesse sentido, menciona-se um estudo que comparou três modelos de participação em saúde – os Comitês Consultivos Mistos da Itália, os Conselhos Comunitários de Saúde da Inglaterra e os Conselhos Municipais de Saúde do Brasil, recomendando aos órgãos de representação dos interesses dos cidadãos – deliberativos, consultivos ou propositivos – instaurar relações mais intensas e significativas com a própria base de apoio; estar presentes tanto nas instituições sanitárias como na comunidade; escutar a voz dos pacientes; levantar as

necessidades dos usuários e as falhas do sistema dos serviços. Nessa perspectiva, os fóruns poderiam reforçar sua representatividade e conseguir exercer uma maior influência (SERAPIONI; ROMANI, 2006).

Incremento na efetividade da atuação dos Conselheiros

Alguns Conselheiros afirmaram que há membros que tumultuam o andamento das reuniões, se atendo a discussões fora de pauta ou repetindo opiniões que já foram dadas por outros membros, afetando negativamente a produtividade da reunião. Este tema apareceu também na análise das atas apresentada anteriormente neste trabalho. Como sugestões para lidar com este problema, foram mencionadas a criação de um curso de capacitação permanente para os conselheiros, assim como um processo mais criterioso de seleção.

> *" (...) curso de capacitação de conselheiros permanente sobre as questões do SUS, como funciona, o que é verba vinculada, pois usamos muitos termos técnicos de difícil compreensão. As pessoas têm que saber um pouco mais como são as políticas públicas municipais (...). Às vezes nas reuniões as pessoas no meio de um assunto falam sobre outro tema, então é uma questão de educação para reuniões (...). Me preocupa ficar todo mundo repetindo a mesma coisa e não trazendo nenhuma contribuição nova. Mesmo que não saiu da voz dele, ele participou da discussão, então a representatividade expressa a voz de um Conselho (...). O curso de capacitação já tentamos fazer e tinha mais gente da Secretaria do que conselheiro. Ainda temos que caminhar muito no entendimento do que é o controle social, de uma identidade melhor de representatividade, para que o desenvolvimento seja mais rápido (...), porque é uma construção, trabalhar com planejamento descentralizado, a gente faz oficinas, mas tem pouquíssima participação. Os objetivos dos três segmentos são os mesmos, melhorar a qualidade da saúde e dos serviços de saúde" (C6).*

> *"O problema dos Conselhos é a falta de informação das pessoas (...). Um problema cultural (...). Quando eu fui a primeira vez no Conselho da Saúde, fiquei horrorizada, por causa de alguns conselheiros" (C7).*

> *"(...) eu acho que o Conselho é efetivo, embora tenha alguns conselheiros que não entendem como tem que ser, então tumultuam um pouquinho, acham que o Conselho é*

para falar que a ambulância não foi buscar alguém, sem saber a razão, nem nada. Tinha que ser um pouco mais selecionado as pessoas para participar, não era para ter ninguém que queira a projeção política, porque vai lá pra fazer discurso, esperando a próxima campanha. No Conselho tem que ter pessoas técnicas da área da saúde, o pessoal dos bairros que vão ouvir a população e levar a reivindicação, mas para isso, e não para ficar discutindo lá se é para ter ou não é para ter, essa discussão tem que ser feita por técnico, é complicado discutir com quem não está na área. O curso para os conselheiros não é muito atingível" (C8).

O baixo número de conselheiros que recebem capacitação antes de assumir a função expõe uma fragilidade do Conselho, que pode ser conseqüência da baixa oferta de capacitações na área do controle social e/ ou uma espécie de "efeito colateral" do dispositivo legal de rotatividade mínima dos conselheiros. A capacitação é imprescindível para se alcançar a participação adequada e efetiva (COTTA, 2011; DUARTE; MACHADO, 2012; CRUZ et al., 2012; SILVA; PELICIONI, 2013).

A estratégia de um Programa de Educação Permanente foi adotada em um CMS de Porto Alegre e obteve resultados satisfatórios. O Programa realizado em Porto Alegre foi vinculado à própria dinâmica das questões que se apresentavam no cotidiano e o propósito era instrumentalizar os conselheiros para acesso e compreensão das informações relacionadas à área da saúde, melhorando a sua interlocução e protagonismo no controle social do SUS. Esta necessidade foi expressa pelos conselheiros em diversos momentos. Desta forma, o Programa de Educação Permanente estabeleceu entre seus principais objetivos: manter atualizadas as informações de organização e funcionamento do SUS que são alteradas sistematicamente; qualificar a tomada de decisões para que a ação do CMS não seja uma mera formalidade homologatória das ações governamentais; aprofundar conhecimentos aprimorando a atuação dos conselheiros e ampliando a participação em defesa da saúde; difundir na sociedade o papel do controle social na gestão das políticas públicas; estimular as pessoas a assumirem a função de conselheiro de saúde, engajando-se nas questões locais e no âmbito da cidade; ampliar a participação dos conselheiros na organização e planejamento do funcionamento do CMS, numa metodologia de gestão ampliada e co-responsável; potencializar a ação do controle social na defesa dos direitos da população, dando-lhe visibilidade pública (ALENCAR, 2012). O Programa trouxe resultados satisfatórios na medida em que não ocorre em um momento específico, mas sim permeia de forma transversal e permanente a atuação do CMS, expandindo-se nas suas relações com os outros setores e esferas governamentais.

Nessa perspectiva, destaca-se a necessidade da autonomia que devem ter os CMS para formular os seus processos de educação permanente, protagonizando a definição das temáticas e do conjunto de informações necessárias ao melhor exercício de seu papel. É bastante freqüente a elaboração de projetos e cursos de formação/capacitação para conselheiros de saúde que não levam em conta as necessidades cotidianas. Além disso, as metodologias e referenciais pedagógicos muitas vezes não contemplam a diversidade e heterogeneidade dos grupos. Neste sentido, é desafiadora a formatação de experiências que possam atender estas premissas, socializando conhecimentos "técnicos", de forma a que sejam "apropriados" por grupos heterogêneos como o de conselheiros (ALENCAR, 2012).

Foi sugerida como proposta de melhoria a modificação no regimento interno do Conselho no sentido da não reeleição dentro de um cargo, para que os membros não se acomodem e comecem a lutar por interesses próprios em detrimento dos interesses do coletivo.

> *"(...) ali a gente percebe nitidamente que tem pessoas que fazem o contraponto do interesse, deu para entender? Ali existe uma pauta que você recebe com antecedência, mas ali dificilmente você muda alguma coisa que não tenha interesse da estrutura. As coisas são colocadas de tal forma que tem que ser resolvidas daquele jeito né, é uma democracia ditatorial, você vota, mas você não tem estudo. Eu sou contra qualquer pessoa ficar mais de quatro anos em um cargo e se reeleger, (...) você ser prefeito duas vezes seguido, cria uma corja, as pessoas começam a pensar em interesses delas. Tem que trocar os representantes dos bairros, porque você vai convivendo e os interesses ficam comuns e não se muda mais nada, então troca-se o representante de vez. E no Conselho eu acho que no máximo dois anos e nunca voltar, isso da oportunidade, pode demorar, mas roda. A filosofia é maravilhosa, fui nas reuniões com bons objetivos, (...) mas a maioria não quer fazer nada" (C9).*

A estratégia de rotatividade mínima dos conselheiros já é aplicada em alguns Conselhos de Saúde, como no CMS de Canindé. Dessa forma, estudo referente ao controle social exercido neste Conselho define que os conselheiros não podem exercer mais que dois mandatos consecutivos de dois anos cada e que, como aspecto negativo, é possível que a rotatividade de conselheiros dificulte a capacitação integral dos componentes dos Conselhos, uma vez que atrapalha no entendimento dos assuntos discutidos, afinal, cada membro que se renova, entra sem saber exatamente qual o andamento das situações vigentes e se este não

tiver uma capacitação adequada para exercer a função estabelecida, não terá uma participação com a qualidade desejada (DUARTE; MACHADO, 2012).

Maior atenção governamental às solicitações dos conselheiros

Dentre as sugestões, foi mencionada a necessidade de maior atenção por parte do governo às solicitações dos conselheiros.

> *"Nossos governantes até enxergam a gente como Conselho quando há a necessidade de algum interesse próprio deles, mas quando nós vamos reivindicar, questionar que determinada ação está errada, aí eles perguntam, o que você está fazendo aqui. Nós somos técnicos, você não tem um curso superior, você não é acadêmico. Mas nós sabemos, vivenciamos a realidade da saúde precária que existe hoje na cidade. Ribeirão Preto hoje é um oásis em saúde, mas precisa melhorar mais. Nossos governantes precisavam ouvir mais os Conselhos, ouvir mais a sociedade organizada, porque nós temos ideias gratuitas para levar e eles esquecem esse espaço de discussão da comunidade" (C1).*

Ao abordar a participação efetiva, Jacobi (1992) argumenta que se baseia na cidadania e, principalmente, na vontade política dos governantes de abrir espaços em que se possa questionar a ordem estabelecida.

O pouco comprometimento das elites políticas brasileiras com a democracia leva à descrença da população da possibilidade concreta de efetivação democrática, acarretando na diminuição da participação da população no controle social e na situação de preservação e continuísmo de um regime autoritário (FLEURY, 2006).

Valla e Stotz (1994) e Coelho (2012) também argumentaram que o Estado responde de modo mais favorável àqueles grupos mais organizados e familiarizados à burocracia pública, demonstrando que essa situação é integrante de um contexto histórico. Dessa forma, a institucionalização dos mecanismos de participação pode se tornar instrumento de manutenção das relações de poder na sociedade, pois os mais organizados são favorecidos e os menos organizados, mais vulneráveis, são mantidos assim.

O CMS e o Desenvolvimento Local

Esta pesquisa está focada nas relações entre o controle social e o desenvolvimento local por meio da atuação do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Nesta categoria são, portanto, apresentados as subcategorias que relacionam estes conteúdos.

Influência positiva do CMS no desenvolvimento local

Muitos conselheiros afirmaram que a atuação do Conselho influencia positivamente o desenvolvimento do município e citaram diversos exemplos de melhorias na saúde do município, como a diminuição dos casos de dengue e a diminuição de doenças infantis devido a programas da Prefeitura e SMS de prevenção, a construção da UPA 24 horas em Ribeirão Preto e a prestação de contas, dentre outros.

> *"Se você melhora qualidade de vida da população, você melhora a cidade. Fechou a parte de pediatria porque em Ribeirão Preto hoje é muito pouca criança que fica doente por causa dos programas de prevenção da Secretaria de Saúde, vacina, campanha, (...) e isso melhorou muito a saúde da cidade. A gente diminuiu o índice de AIDS. Nas reuniões em São Paulo e em Brasília a gente era vaiado porque era tratado como a capital da AIDS e hoje não, foi o primeiro município a avançar no controle da AIDS e diminuir os casos. A atuação do conselho influencia o desenvolvimento de Ribeirão Preto, sem dúvida e muito! Modificou muito nesse último conselho" (C2).*

> *"A atuação do conselho influencia no desenvolvimento de Ribeirão Preto (...) PSF é uma conquista, agora a maior conquista minha foi com relação aos agentes comunitários, a emenda 51, que foi aprovada em Brasília na Conferência (...). Outra verba que a gente conseguiu foi o SAMU, que agora tem verba anual, mensal. Nós conseguimos muita coisa nesse mandato aqui, não nos outros que era muita burocracia. E isso se deve a abertura da Secretaria, do secretário, o espaço que ele deu pra gente estar trabalhando junto com ele"* (C3).

> *"Muito, muito! Quando eu era da Comissão Local de Saúde que hoje é chamada de Conselhos Locais de Saúde, eu briguei muito pela Vila Virgínia e nós conseguimos muita coisa. A primeira reforma que foi feita lá, foi briga da Comissão Local, o*

primeiro raio x veio para lá de insistência e de briga no bom sentido" (C4).

"Influencia muito porque o Conselho tem que aprovar o orçamento da Secretaria Municipal de Saúde e toda destinação de recursos. O Conselho teria que ter comissões internas para discutir orçamentos, para discutir saúde mental, essas comissões ainda não foram formadas. O Conselho tem que se organizar melhor, se especializar mais e estar mais preparado para influenciar e cumprir o seu papel, mas está avançando. O dia que o CMS funcionar exatamente como foi idealizado, vai ser um instrumento fundamental na saúde pública de cada cidade e o de Ribeirão Preto está avançando nessa direção" (C5).

" (...) o legal do CMS é que as decisões são tomadas assim. Então, o que é melhor para todo mundo? Isso é uma coisa muito forte que pode sim melhorar o desenvolvimento da cidade, porque você vai levando uma questão que é consenso. Um avanço muito grande que eu acho que teve do Conselho que interfere no desenvolvimento da cidade é o controle. É ver a prestação de contas, a gente tem que ver para onde está indo o recurso, se está aplicando bem ou não, para onde foi? Foi pra Santa Casa? Santa Casa vem aqui prestar conta. Nesse sentido, acho que tem um desenvolvimento de uma cultura de honestidade e transparência, acho que o CMS fortalece muito nisso" (C6).

"As ações do Conselho influenciam no desenvolvimento, sim. No projeto da COMAD, por exemplo, na Conferência da Saúde, são ações do Conselho que influenciam diretamente na ações do município" (C7).

"Influencia muito. Por exemplo, o último episódio no CMS foi quando foi solicitado o atendimento das pessoas com câncer, porque estava uma fila parada e ai participou a Santa Casa, a Beneficência, o HC, e acabou a fila, acho que isso foi uma grande conquista do Conselho" (C8).

Observa-se, portanto, que vários entrevistados acreditam que o Conselho influencia o desenvolvimento do município. Nesse cenário, pesquisas focando nos Conselhos demonstram que a maioria dos conselheiros de todos os segmentos considera que as reuniões do Conselho têm resultados práticos para a política de saúde do município (DUARTE;

MACHADO, 2012).

Ausência de influência do CMS no desenvolvimento local

Outrossim, os resultados demonstram também que alguns conselheiros não vislumbraram a influência das ações do CMS no desenvolvimento do município devido a crise de representatividade e atuação limitada dos próprios membros.

> *"Ah, não sei dizer, no desenvolvimento geral do município? Acho que ainda não. Acho que a participação popular em si ainda está muito limitada aos representantes, parece que a coisa não está muito enraizada, todo mundo tem isso como uma bandeira, isso pode virar um movimento da população que traga alguma melhoria? Eu acho que está avançando, mas que a gente tem uma crise de representatividade. E não só em relação ao Conselho, muitas pessoas não lembram quem escolheram para ser seu representante na eleição passada, então essa crise de representatividade tem em todo segmento. O processo democrático do Brasil ainda é muito pequeno, por exemplo, agora começou um Conselho novo, as primeiras reuniões foram um tremendo retrocesso, poucos mudaram, mas parece que está começando do zero, você tem que explicar tudo, qual que é a função como que é a representatividade" (C6).*

> *"Deveria influenciar (...). Comentei coisas lá e ninguém quis discutir (...). Fiquei decepcionado (...). Com relação à saúde, eu digo assim: pegue quantas reuniões tiveram do CMS nessa gestão e as reclamações continuam ou não, eu acho que isso é um trabalho que deveria ser feito, para ver se funciona ou não (...)" (C9).*

Embora os conselheiros tenham sido questionados e instigados a pensar na questão do desenvolvimento, eles se posicionaram apenas positiva ou negativamente em relação à influência das ações do Conselho, porém nenhum entrevistado se aprofundou na questão. O que se percebe é uma dificuldade no entendimento do conceito de desenvolvimento e na inter-relação entre as ações de saúde e o desenvolvimento local.

Todavia, importa ressaltar que está crescendo o debate sobre saúde e desenvolvimento, baseado, sobretudo, no questionamento a respeito dos conflitos políticos gerados ao separar a política econômica, voltada para o complexo produtivo da saúde, e a política social, voltada para a proteção social em saúde. Nesse contexto, a melhoria das

condições de saúde da população não depende apenas do êxito das políticas de saúde, mas também da combinação virtuosa entre as políticas de desenvolvimento econômico e social, isto é, da compatibilização entre economia de mercado, democracia e bem-estar coletivo. A forma como essas dimensões se combinam pode constituir um par virtuoso entre saúde e desenvolvimento, quando há simultaneamente o fomento das indústrias ligadas à área, com privilégio do segmento de Ciência e Tecnologia e uma regulação voltada para critérios sociais e includentes. Porém, quando há dissociação entre saúde e desenvolvimento, seja porque a política econômica não está voltada para o desenvolvimento e a inclusão social ou porque o sistema de saúde não integra o esquema de proteção social, deixando a saúde como uma responsabilidade individual dos cidadãos, o resultado é a existência de um par não virtuoso (VIANA; ELIAS, 2007).

Contudo, o Brasil construiu um sistema de saúde universal mas a saúde ainda não se consolidou, na prática, como um direito de todos. Ao mesmo tempo, foram consolidados processos de mercantilização do acesso e de formação do complexo produtivo da saúde. Tal característica, combinada com a ausência histórica de políticas públicas voltadas para formar uma indústria nacional na área da saúde e ampliar a capacidade de empresas inseridas nesse setor, cujo resultado evidencia-se na grande dependência de tecnologia do exterior, faz com que o país seja um exemplo de modelo ainda não virtuoso de associação entre saúde e desenvolvimento. Entretanto, a recente adoção de políticas e programas indutores do desenvolvimento nacional na área da saúde, como por exemplo o Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde (PAC da Saúde), conjunto de medidas que deve beneficiar diversos setores do complexo produtivo da saúde, incluindo a produção de medicamentos para hipertensão, diabetes e colesterol, aparelhos de ultra-som, marca-passos e cateteres, além de vacinas e hemoderivados, sugere que o Brasil tem trilhado caminhos importantes rumo à transição para o modelo virtuoso (VIANA; ELIAS, 2007).

A discussão sobre um novo modelo de desenvolvimento que tem sido retomada por autores e organismos internacionais aponta a necessidade de avançar na concepção de desenvolvimento não só como modernização, mas também com o objetivo de fornecer opções de ações economicamente dinâmicas, politicamente democráticas e socialmente inclusivas às ações do Estado, a fim de enfrentar as desigualdades sociais e construir a plena cidadania (MKANDAWIRE, 2002; COHN, 2005).

É importante salientar que o controle social tem sido exercido de duas formas legais: nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde. No entanto, estas não são as únicas formas de participar do SUS, uma vez que os municípios podem criar outros espaços

mais descentralizados, como: conselhos distritais ou locais de saúde (BARROS, 1994; CORTEZ, 2002). A construção do controle social dentro de um espaço participativo local de saúde torna-se fundamental para a população, pois ampliará ainda mais a descentralização das decisões e a população poderá acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde. Todavia, não se pode restringir ao controle social a solução de todos os problemas enfrentados na saúde (SORATTO; WITT; FARIA, 2010).

Portanto, estudos demonstram que após a implementação dos Conselhos e Conferências de Saúde, o espaço local ganhou projeção na relação participativa dos usuários com os setores político-administrativos (PERNA, 2000). O indivíduo habitante deste local passou a ter a possibilidade de expor suas ideias para debate. Porém, mesmo com todos esses canais que podem ser abertos à população, a participação popular nos espaços legais pode sofrer a cooptação e a inviabilização política, caso rejeite tal participação (BRASIL, 2002; SORATTO; WITT; FARIA, 2010).

Os Conselhos Municipais podem ser considerados instrumentos capazes de colaborar com a construção do desenvolvimento local (OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2012), compreendendo o desenvolvimento como um fenômeno que ultrapassa o fator econômico e tem o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas (desenvolvimento humano e social). Portanto, não existe desenvolvimento sem que as pessoas desenvolvam suas potencialidades, atuando como sujeitos sociais e por meio de uma conduta empreendedora.

O desenvolvimento depende, assim, de uma mudança de modelos mentais e de atitudes e do despertar de uma cultura empreendedora. Nesse contexto, o desenvolvimento humano, social e sustentável exige o protagonismo local, uma vez que os maiores responsáveis pelo desenvolvimento de uma localidade são as pessoas que nela vivem. Sem o interesse, o envolvimento, o compromisso e a adesão da comunidade local, nenhuma política de indução ou promoção do desenvolvimento alcançará êxito (PAULA, 2008).

Para obter esse nível de participação da comunidade local, é preciso adotar estratégias de planejamento e gestão compartilhada do processo de desenvolvimento. Tais estratégias permitem à comunidade local, por meio da experiência prática, o aprendizado necessário para a identificação de potencialidades e obstáculos ao seu desenvolvimento, a partir dos quais poderá estabelecer metas, definir estratégias e prioridades, monitorar e avaliar resultados, enfim, a capacitação requerida para planejar e gerenciar, de forma compartilhada, o processo de desenvolvimento local.

As estratégias de planejamento e gestão compartilhada, por serem participativas, contribuem para o crescimento do capital humano e social, ampliando as possibilidades de

empoderamento da população local. Possuem como ponto de partida a sensibilização das lideranças locais para a construção de parcerias entre atores do Estado, do Mercado e da Sociedade. Trata-se, portanto, de uma mudança política, uma transformação no padrão de relacionamento entre Sociedade, Mercado e Estado, na perspectiva da universalização da cidadania e da radicalização da democracia (PAULA, 2008).

Por fim, este estudo constatou, assim como Belik e Chaim (2009) e Oliveira e Roseni (2010) que, apesar das fragilidades dos Conselhos Municipais, os conselheiros reconhecem sua importância na democratização da relação entre Estado e sociedade civil e na luta para efetivação dos seus direitos.

Com o propósito de relacionar os achados deste estudo às dimensões do contexto e dos recursos que influenciam a participação social apresentadas na Figura 2 no capítulo 1, sintetizamos os resultados discutidos na Figura 7 abaixo.

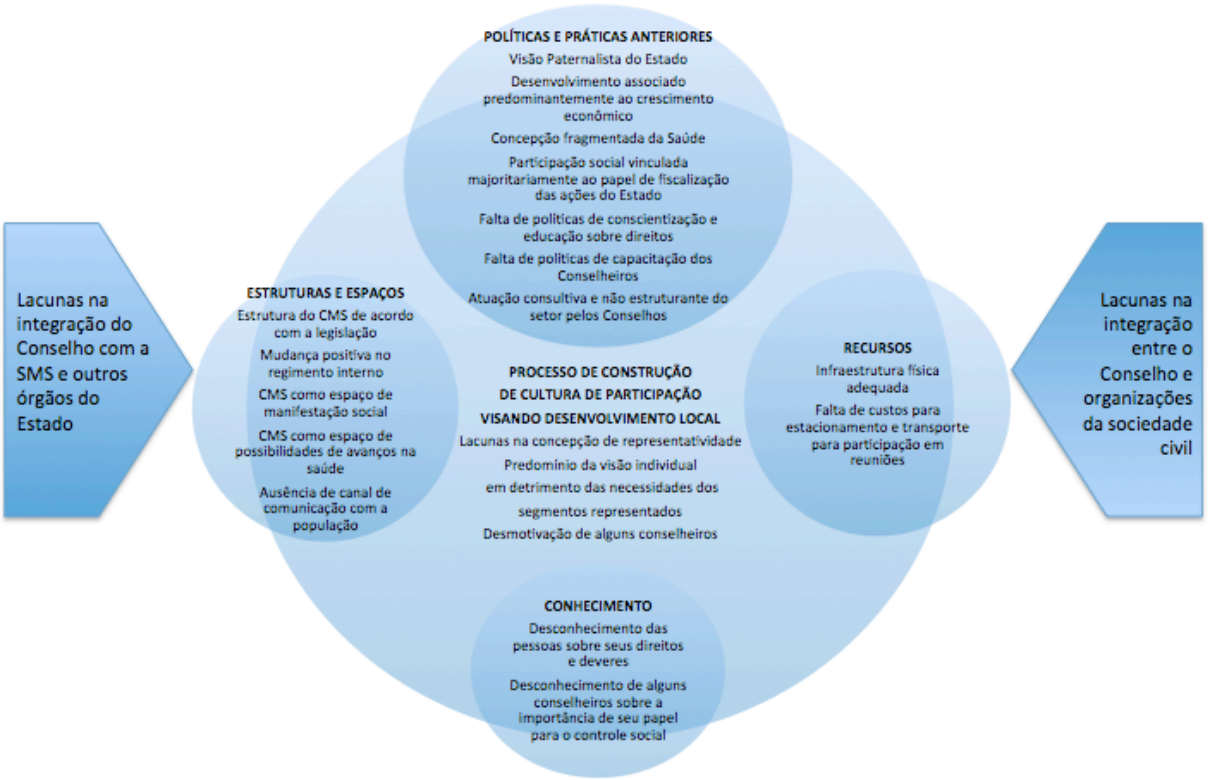

Figura 7 - Interrelação entre os achados deste estudo e as dimensões do contexto e dos recursos que influenciam a participação social

A Figura 7 sintetizou, portanto, as interrelações entre a estrutura e espaços do CMS-RP, associados às políticas anteriores, aos recursos existentes e às lacunas no conhecimento,

demonstrando que estes elementos interferem no processo de construção de uma cultura de controle social no município de Ribeirão Preto.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde, como um direito humano social, constitui um elemento da sociedade democrática que deve ser garantido pelo Estado. Todavia, apesar de assegurado legalmente, o direito à saúde apresenta o desafio de ser considerado prioritário nas agendas públicas e atividades governamentais como elemento imprescindível para o desenvolvimento.

A relação entre saúde e desenvolvimento é, assim, multidimensional e multidirecional. Nessa perspectiva, é meta do desenvolvimento humano expandir as possibilidades de escolhas das pessoas. O direito ao desenvolvimento compreende a participação das pessoas e proteção às necessidades básicas de justiça social. A pessoa é, portanto, o sujeito do desenvolvimento e deve participar da construção desse processo compreendendo seus direitos e deveres.

Considerando que o processo de desenvolvimento constitui tarefa coletiva da sociedade, no contexto da saúde, busca-se a participação democrática por meio do controle social. Instrumento para o exercício do controle social, os Conselhos Municipais de Saúde possuem como atribuições a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde do município, a proposição de medidas para aperfeiçoamento da organização e funcionamento do SUS e o controle dos procedimentos e o desenvolvimento das ações de saúde.

Os Conselhos Municipais de Saúde devem atuar como espaços de expressão de demandas e expectativas de seus segmentos. São, então, essenciais para a consolidação do direito à saúde e do desenvolvimento local. Nesse contexto, este estudo buscou compreender as conexões entre a saúde e o desenvolvimento local, focando o controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

A análise das atas das reuniões realizadas nos anos de 2009 a 2012 e a observação passiva demonstraram a dinâmica das relações entre os diferentes segmentos representados no Conselho, assim como os assuntos tratados, revelando um movimento de construção de participação democrática e a existência de uma série de entraves para sua real efetivação.

Com os objetivos de identificar as experiências vivenciadas pelos Conselheiros com relação ao exercício do controle social, às decisões relacionadas à saúde e à saúde mental no município e à influência de suas ações no desenvolvimento local, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 9 Conselheiros.

Os entrevistados afirmaram que embora algumas pessoas até reconheçam a saúde como um direito dos cidadãos, não há uma participação efetiva no CMS-RP. Atribuem como causas dessa realidade a falta de tempo, conhecimento, vontade ou abertura do próprio Conselho, e até mesmo por ser uma questão cultural do povo brasileiro, que tradicionalmente

não reivindica seus direitos e considera o Estado como provedor. A baixa participação popular no Conselho foi um tema recorrente nas entrevistas, corroborando os resultados de outros trabalhos publicados sobre o tema.

Sendo assim, a população, em geral, não possui o hábito de levar suas demandas até o Conselho e acaba por divulgar tais informações na mídia. Outro ponto abordado pelos conselheiros foi o fato de que a população muitas vezes esquece que para obter seus direitos, precisa exercer também os seus deveres.

Em contrapartida, não podemos reduzir a baixa participação nos espaços de controle social apenas à negligência ou desconhecimento popular, uma vez que outros fatores também influenciam essa situação, como o horário das reuniões e a falta de atenção às reivindicações quando são levadas ao Conselho. Além disso, o próprio conselheiro, representante da sociedade, contribui para a baixa adesão quando deixa de buscar as demandas em sua comunidade. É papel do conselheiro captar tais informações e levar ao Conselho. Estes deveriam se reunir com os segmentos aos quais representam e trazer propostas formuladas em conjunto.

Foi também mencionado que o acesso dos conselheiros às informações sobre políticas de saúde é baixo, proporcionando vantagens para os que representam o Poder Público, os quais possuem razoável grau de controle, uma vez que são eles que elaboram as pautas e trazem as informações sobre os assuntos a serem deliberados.

Apesar destes achados, observa-se razoável qualidade política de participação dos Conselheiros na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde. Outrossim, os conselheiros normalmente manifestam seus interesses individuais e não do segmento ao qual representam, caracterizando uma crise de representatividade.

Portanto, a crise de representatividade constitui um desafio a ser enfrentado no contexto do controle social exercido no país e sua principal causa pode estar ligada a inexistência de canais de comunicação diretos com a população. Como sugestão de melhoria da representatividade, foi citado pelos conselheiros entrevistados neste estudo o aprofundamento dos critérios de escolha dos representantes dos usuários e trabalhadores da saúde, uma vez que o grau de participação dos conselheiros tem relação ao seu nível educacional.

Verificou-se, também, que o Conselho ainda possui uma visão fragmentada da saúde, pois os assuntos tratados não são estruturantes do setor, restringindo-se a uma atuação mais consultiva que deliberativa.

De acordo com os Conselheiros, apesar dos problemas vivenciados, foram

constatados avanços na saúde do município. Por outro lado, foram também mencionados problemas vinculados ao crescimento acelerado do município em relação à eficiência dos serviços de saúde.

Na Saúde Mental, embora alguns conselheiros tenham trazido exemplos de conquistas, os problemas se revelaram um pouco maiores, visto que os entrevistados se mostraram pensativos e preocupados sobre tal questão e relataram a situação grave enfrentada atualmente, além de dificuldades para se alcançar avanços nessa área. Dentre os motivos elencados, ressalta-se a inexistência de uma política pública de saúde mental clara que defina qual é o processo de assistência. Os membros relataram que em muitas situações não sabem qual tratamento proceder com o portador de transtorno mental e/ou dependente químico.

Nessa perspectiva, apesar de todo aparato relacionado à proteção e direito do paciente com transtorno mental, fica evidente a preocupação dos conselheiros com relação à Saúde Mental que ainda se mostra falha no município. Dessa forma, diante desse cenário de dificuldades, conselheiros afirmam que há a necessidade de reestruturação da rede de saúde mental, bem como das unidades e ações em saúde voltadas para esse setor.

Apesar das melhorias observadas na saúde com a atuação do CMS e o reconhecimento por parte dos membros da importância dessa atividade para o desenvolvimento do município e aumento da qualidade de vida da população, os conselheiros admitem que o exercício do controle social ainda necessita de muitos avanços para chegar perto do considerado ideal e que isto depende, inclusive, da atuação dos próprios conselheiros, visando melhorar a representatividade, entrando mais em contato com seus segmentos e trazendo realmente a demanda da população.

Desse modo, as ações e melhorias na saúde tendem a projetar o desenvolvimento para o município. Em suma, podemos dizer que o presente estudo constatou que, embora o Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto seja reconhecido pelos conselheiros como em espaço de democratização que funciona, a institucionalização de espaços participativos não garante a participação popular e o controle social em saúde.

Nesse cenário, este estudo apresenta alternativas para a construção deste processo corroborando com achados de outras pesquisas sobre o tema. Neste caso, a informação, estratégias de busca ativa de demandas populares, curso permanente de capacitação de conselheiros, melhoria nos critérios de seleção de conselheiros e mudanças no regimento interno do Conselho no que tange à reeleição de membros foram os instrumentos essenciais citados para a fomento e busca de outros caminhos para o exercício efetivo do controle social e a garantia do direito à saúde e desenvolvimento local do município de Ribeirão Preto.

Ressalta-se, por fim, que este estudo apresentou as experiências vivenciadas pelos Conselheiros entrevistados, representando a sua perspectiva a respeito do controle social, da atuação do Conselho e sua influência para a saúde, a saúde mental e o desenvolvimento local. Apesar de não haver possibilidade de generalização, os achados demonstram o processo em construção de uma cultura de participação social no município. Os resultados desta pesquisa abrem espaço para outras reflexões sobre medidas de proteção e incentivo para o exercício do controle social e a garantia do direito à saúde e o desenvolvimento local.

REFERÊNCIAS[‡]

[‡] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, H. H. R. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. **Saúde Soc.,** São Paulo, v. 21, p. 223-233, 2012. Suplemento 1.

ALMEIDA FILHO, N.; JUCA, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev. latinoam. enferm.** [online], v. 11, n. 3, p. 376-382. 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARROS, E. Controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e o controle social no SUS:** textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994. p. 35-36.

BATISTA, E C; MELO, E M. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 337-347, 2011.

BEZERRA, C. K. F.; ARAÚJO, M. A. D. Conselho Municipal de Saúde de Pedras do Fogo - PB: um estudo sobre participação. **Rev. adm. saúde**, São Paulo, v. 11, n. 42, p. 30-42, jan./mar. 2009.

BODSTEIN R. et al. Avaliação da implantação de desenvolvimento integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local. **Ciênc. saúde coletiva.,** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 593-604, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 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 União**, Brasília, DF; 19 set. 1990.

_____. Lei nº 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF; 19 set. 1990.

_____. Lei 8.212/91 de 24 de julho de 1991. Lei Orgânica da Seguridade Social. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF; 28 dez. 1991.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.598, de 09 de agosto de 2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2000, Seção 1, p. 63.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF; 9 abr. 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde:** Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, rede de mega países e Declaração do México. 2. ed. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Investimento na Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. **Guia do Conselheiro:** Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília, DF, p. 51, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2002.

_____. Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 nov. 2003.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 out. 2009, Seção 1, p. 173.

_____. Tribunal de Contas da União. 4ª Secretaria de Controle Externo. **Orientações para conselheiros de saúde.** Brasília, 2010.

CALAME, P. **Repensar a gestão de nossas sociedades**: 10 princípios para a governança, do local ao global. São Paulo: Pólis, 2004.

CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

CANÇADO TRINDADE, A. G. **A proteção internacional dos direitos humanos:** fundamentos jurídicos e instrumentos básicos. São Paulo: Saraiva, 1991.

CARVALHO, D. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde:** comentários à Lei Orgânica da Saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde Soc.,** São Paulo, v. 21, p. 138-151, 2012. Suplemento 1.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniqüidades em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

COHN, A. O SUS e o Direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S. (Orgs.). **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 85-405.

CORREA, M. V. C. Que controle social? Os Conselhos de Saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade de participação de usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 18-49, 2002.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2011. doi: 10.1590/S1413-81232010000500018.

COTTA, R. M. M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de saúde. **Physis: revista de saude coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1137, 2011.

CRUZ, P. J. S. C. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1087-1100, 2012.

CURY, I. T. **Direito fundamental à saúde.** Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2005.

DALLABRIDA, V. R. **Território e desenvolvimento:** abordagens do desenvolvimento a partir da perspectiva territorial. Ijuí: Editora da Unijuí, 2006.

DALLARI, S. G. et al. O direito à saúde na visão de um Conselho Municipal de Saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-540, out./dez. 1996.

DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

DAMAS, M. J., DE KETELE. J. **Observar para avaliar**. Coimbra: Livraria Almeida, 1985.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-ata, Cazaquistão. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2012.

DENZIN, N. **The research act.** Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1984.

DIAS, A. C. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação e Sociedade**, João Pessoa, v. 10, n. 2, 2000.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. F. A. S. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé. CE. **Saúde Soc**., São Paulo, v. 21, p. 126-137, 2012. Suplemento 1.

OLIVEIRA, E. A. A. Q.; NOGUEIRA, C. A. F. **Participação e controle social para o desenvolvimento local:** a participação dos conselheiros no Conselho da cidade. In: INTERNATIONAL CONGRESS UNIVERSITY INDUSTRY COOPERATION, 4., 2012, Taubaté. **Anais**… Taubaté, 2012. Disponível em: http://www.unitau.br/unindu/artigos/pdf367.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

EVANS, P. Government action, social capital and development: reviewing the evidence on synergy. **World Development**, Montreal, v. 24, n. 6, p. 1119-1132, June 1996.

FARIA, E. M. **Comunicação na Saúde:** fim da simetria? Pelotas: Ed. Universitária, 1996.

FERNANDES, J. A. O direito ao desenvolvimento como um direito humano e prerrogativa dos Estados nas relações internacionais do século XXI. **Revista Âmbito Jurídico.** Rio Grande, n. 50, ano XI, fev. 2008. Disponível em: < http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5912>. Acesso em: 13 jun. 2012.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 13 jun. 2012.

FLAMAND S., TROUMPOUNIS, O. Participation quorums in costly meetings. **Public Choice**, Spain, July 2012.

FLEURY, S. **Democracia, descentralização e desenvolvimento:** Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 1, n. 2, p. 5321-5330, 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000600009.

GASTAL, C. L. da C.; GUTFREIND, C. Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800010.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. saúde pública,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-81, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOHN, M. G. Papel dos conselhos gestores na gestão pública. **Informativo Cepam,** São Paulo, v. 1, n. 3, p. 7-15, 2002.

GONÇALVES, M. L. **Participação Social no Sistema Único de Saúde:** a experiência do Conselho Municipal de Ribeirão Preto – SP. 1999. 296 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

GUIZARDI, F.L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. **Physis: revista de saude coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.
GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Cien. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.

HEIDEMANN, I. T. S. **A Promoção da Saúde e a Concepção Dialógica de Freire:** possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. 2006. 296 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

HOUAISS, A. **Novo Dicionário Houaiss Da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HOWARTH C.; FOSTER J.; DORRER N. Exploring the potential of the theory of social representations in community-based health research – and vice versa? **J. health psychol.,** London, v. 9, p. 229-43, 2004.

HUMENHUK, H. **O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais,** 2002. Disponível em: <jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4839&p=4>. Acesso em: 28 maio 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E BIOESTAÍTSTICA (IBGE). Países. Brasil. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/paisesat/>. Acesso em: 13 jun. 2013.

_____. Cidades. Ribeirão Preto. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 13 jun. 2013.

JACOBI, P. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. **Cadernos da Nona**, Brasília, v. 1, p. 113-120, 1992.

JOVCHELOVITCH, S. **Representações sociais e esfera pública:** a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2000.

KLEBA, M. E.; et al . O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, maio 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2011. doi: 10.1590/S1413-81232010000300022.

KLIKSBERG, B. **Repensando o Estado para o Desenvolvimento Social:** superando dogmas e convencionalismos. Tradução: Joaquim Ozório Pires da Silva. São Paulo: Cortez, 1998.

LABRA, M. E. Capital social e Conselhos de Saúde no Brasil: um círculo virtuoso? **Cad. saúde pública,** Rio de Janeiro, v. 18, p. 47-55, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos da metodologia científica.** 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. **Physis: revista de saude coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-30, 2011.

MARTINELLI, D. P.; JOYAL, A. **Desenvolvimento Local e o Papel das Pequenas e Médias Empresas.** Barueri: Manole, 2004.

MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2011. doi: 10.1590/S1413-81232010000500018

MARTINS, A. L. X.; SANTOS, S. M. R. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde. **Saúde Soc**., São Paulo, v. 21, p. 199-209, 2012. Suplemento 1.

MARTINY, C. Das presenças e ausências: as atas da Câmara Municipal de São Sebastião do Caí (1875 a 1892) como fonte de pesquisa. Vestígios do passado – a história e suas fontes. In ENCONTRO ESTADUAL DE HISTÓRIA, 9., 2008, Porto Alegre. **Anais**... Porto Alegre, 2008. Disponível em: http://eeh2008.anpuh-rs.org.br/resources/content/anais/1212285879_ARQUIVO_CarinaMartinyArtigoEncontroANPUH-RS.pdf>. Acesso em: 23 jan 2012.

MIELKE, F. B.; COSSETIN A.; OLSCHOWSKY, A. O Conselho Local de Saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia saúde da família. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 387-94, abr./jun. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1992.

MKANDAWIRE, T. Courrier de la Planète: développment environnement, les défis d'ún monde solidaire. **Le retour du développement.**, v. 67, n. 1, set. 2002. Disponível em: http://www.unrisd.org/unrisd/website/newsview.nsf/0/154BDB05902D3BD9C1256 BEC003EFAEB?OpenDocument. Acesso em: em 30 set. 2012.

MOSCOVICH, S. **A representação social da psicanálise.** Tradução: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NOBRE, M. Participação e deliberação da teoria democrática: uma introdução. In: COELHO, V.S.P.; NOBRE, M. **Participação e deliberação da teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo.** São Paulo: Editora 34, 2004. p. 21-40.

OLIVEIRA, F. J. A. Participação popular em saúde: as dimensões da cultura. **Saúde debate**, Londrina, n. 52, p. 67-73, set. 1996.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 maio 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500020.

OLIVEIRA, M. L. de; ALMEIDA, E. S. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902009000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2011. doi: 10.1590/S0104-12902009000100014.

OLIVEIRA, V. C. **Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Carta das Nações Unidas**. São Francisco, 1945.

_____. **Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento adotada pela Resolução n.º 41/128 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 4 de dezembro de 1986**. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/direitos-humanos/decl_direito_ao_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2012.

_____. Declaração e Programa de ação em Viena. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DIREITOS HUMANO**.** Viena, 1993. Disponível em: http://www.oas.org/dil/port/1993%20Declaração%20e%20Programa%20de%20Acção%20adoptado%20pela%20Conferência%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf. Acesso em: 23 abr. 2012.

_____. **Declaração do Milênio.** Nova Iorque, 2000.

ORGANIZAÇÃO DE UNIDADE AFRICANA (OUA). Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos. In: CONFERÊNCIA MINISTERIAL DA ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE AFRICANA (OUA). Banjul, Gâmbia, 1981. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/africa/banjul.htm. Acesso em 23 abr. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial de Saúde.** Nova York, jul. 1946.

_____. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001**: Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. 2001. Disponível em: < http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2012.

_____. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS. Washington, OPAS, 2008. Disponível em: http://www.uepa.br/portal/downloads/PETSAUDE2012/REF_BIBLIOGRAFICAS/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf. Acesso em: 23 abr. 2012.

_____. **Redução das desigualdades no período de uma geração.** Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: OMS, 2010. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por_contents.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2012.

_____. **Diminuindo diferenças:** a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro, 2011.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev saúde pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAULA, J. **Desenvolvimento local:** como fazer? Brasília: SEBRAE, 2008.

PERNA, P.O. **O controle social na ponta do SUS:** o caso de Pontal do Sul – Município de Pontal do Paraná – PR. 2000. 130 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

PICKARD, S.; SMITH, K. A 'third way' for lay involvement: what evidence so far? **Health expect.,** Oxford, v. 4, p. 170-179, 2001.

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e Justiça Internacional.** São Paulo: Saraiva, 2006.

PONTE, H. M. S. História do movimento estudantil de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA: em foco a oralidade dos atores sociais. 2007. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2007.

PRESOTO, L. H.; WESTHAL, M. F. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioga - SP. **Saúde Soc.**, v. 14, n. 1, p. 68-77, 2005.

PROGRAMA DAS NAÇÕS UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Relatório de Desenvolvimento Humano 2011. **Sustentabilidade e Equidade:** Um futuro melhor para todos. Disponível em: <http://mirror.undp.org/angola/LinkRtf/HDR_2011_PT.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2012.

_____. Relatório de Desenvolvimento humano 2013. **A ascensão do Sul: progresso humano num mundo diversificado.** Disponível em: < http://www.un.cv/files/HDR2013%20Report%20Portuguese.pdf>. Acesso em: 13 jun 2013.

RAEFFRAY, A. P. O. **Direito da Saúde.** São Paulo: Quartier Latin, 2005.

RIBEIRÃO PRETO. **Lei 5972/91 de 23 de abril de 1991.** Lei Municipal da Participação da comunidade na gestão do SUS. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1991.

_____. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. Planejamento em Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. 2009. Disponível

em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/pms-rp-2010-2013.pdf>. Acesso em: 20 jan 2012.

_____. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. **Indicadores Epidemiológicos 1985 a 2009**. 2010. Disponível em: http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/i16principal.php?pagina=/ssaude/programas/i16indice.htm. Acesso em: 20 jan. 2012.

_____. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. **Conselho Municipal de Saúde**. Disponível em: < http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/conselho/i16indice3.php>. Acesso em: 10 maio 2012.

RIBEIRO, S. M. R. Reforma do aparelho de Estado no Brasil: uma comparação entre as propostas dos anos 60 e 90. In. CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7. Lisboa, 2002. **Anais**… Lisboa, 2002. Disponível em: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/clad0043326.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2013.

ROCHA, C. V. Gestão pública municipal e participação democrática no Brasil. **Rev. Sociol. Polit.,** Curitiba, v. 19, n. 38, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010444782011000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2011.

ROCHA, J. C. S. **Direito da Saúde**: Direito Sanitário na Perspectiva dos Interesses Difusos e Coletivos. São Paulo: LTr, 2011.

SANTOS, M. R. M. **Conselhos Municipais: a participação cívica na gestão das políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fase; 2002.

SANTOS FILHO, E. T.; GOMES, Z. M. S. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 41, p. 111-116, 2007. Suplemento 1.

SCHOELLER, S. D. **Proposta para educação permanente em tecnologias de planejamento participativo em saúde.** Material técnico. Criciúma: Polo de Educação Permanente para os Trabalhadores do SUS, 2003. p. 14.

SEN, A. **Development as freedom**. New York: Alfred A. Knopf, 1999.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, 2006.

SHIMIZU H. E.; DYTZ J. L.; LIMA M. G.; PEREIRA M. F. Local health governance in central Brazil. **J. ambul. care manage.**, Hagerstown, v. 32, n. 2, p. 132-40, Apr./June 2009.

SILVA, M. A. M.; FERREIRA, E. F.; SILVA, G. A. O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde. **Physis: revista de saude coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312010000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2013.

SILVA, L. M. S. et al. Análise da organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde e a Gestão Participativa em Fortaleza, CE. **Saúde Soc.,** São Paulo, v. 21, p. 117-125, 2012. Suplemento 1.

SILVA, E. C. da; PELICIONI, M. C. F. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, fev. 2013 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000500028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 maio 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500028.

SOARES, G. F. S. A Cooperação Técnica Internacional. In: MARCOVITCH, J. (Org.). **Cooperação Internacional: estratégia e gestão**. São Paulo: EDUSP, 1994, 165-218 p.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis: revista de saude coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312010000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400009.

STIGLITZ, J. E. **Globalization and its discontents.** New York-London: WW Norton Company, 2003.

TESTA, M. **Pensar em Saúde.** Porto Alegre, Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

TOFANI, L. F. N.; CARPINTÉRO, M. C. C. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea

Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso politico. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, p. 244-252, 2012. Suplemento 1.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). **Human development report 2002**; Deepening democracy in a fragmented world. New York: Oxford University Press, 2002.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Orgs.). **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994.

VAN STRALEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciênc. saúde coletiva** (online), v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006. doi: 10.1590/S1413-81232006000300011.

VENTURA, C. A. A.; et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 893-8, nov.-dez. 2012.

XAVIER, E. **Garantia de um sistema de saúde universal e democrático**. In: Multimídia – Artigos. Brasília, 7 ago. 2007. Disponível em: <http://www. eudesxavier.org.br/artigos/143/07082007/Garantia+de+um+sistema+de+saude+universal+e+d emocra tico.html>. Acesso em: 02 jul. 2013.

WENDHAUSEN, A. l. P.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um Conselho de Saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-28, 2002.

WESTPHAL, M. F**. Participação popular e políticas municipais de saúde:** Cotia e Vargem Grande Paulista. 1992. Tese (Livre-docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

WITT, R. R.; ARANGO, A. L. V. **Saúde e Direito:** Estudo comparado sobre a concepção de saúde e o alcance deste direito à luz da normatividade constitucional, legal e regulamentaria, dos desenvolvimentos jurisprudenciais e dos instrumentos de política dos sistemas nacionais de saúde. Brasil e Colômbia, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Ottawa Charter For Health Promotion.** Ottawa, Canadá, November, 1986.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DO PROJETO: Saúde e Desenvolvimento Local: um estudo sobre o controle social do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

PESQUISADORES: Márjore Serena Jorge
Enfermeira
Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP

Carla Aparecida Arena Ventura
Professora Associada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP
Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto, SP
Telefone: 16-36023422

Gostaríamos de convidar o senhor(a) a participar de nossa pesquisa que tem como objetivo compreender as inter-relações entre o exercício do controle social dentro com Conselho Municipal de Saúde e o desenvolvimento local, ou seja, objetiva compreender como a sua participação no Conselho Municipal de Saúde pode contribuir para as ações em saúde que garantam à população o acesso a um serviço de saúde público de qualidade, eficaz e que contribua para o desenvolvimento local.

DESCRIÇÃO DA PESQUISA:
Se quiser nos ajudar neste estudo, nós vamos fazer a você algumas perguntas. A entrevista deverá levar quinze minutos. As questões são sobre suas percepções sobre o exercício do direito à saúde por meio do controle social exercido no Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e o desenvolvimento local. Como precisamos de dados precisos sobre todas as perguntas, as entrevistas serão gravadas em um gravador digital.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:
Sua participação é voluntária e você pode parar a qualquer momento e por qualquer razão. Você também pode se recusar a responder qualquer uma das perguntas. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.

CONFIDENCIALIDADE
Sua identidade permanecerá confidencial de acordo com a lei. Suas respostas às questões serão gravadas. Após a transcrição dos dados serão deletadas. Todos os dados coletados serão guardados em lugar seguro durante todo o curso do estudo. Somente os pesquisadores do grupo terão acesso a eles. Nos encontros ou revistas científicas somente serão mencionados os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Versão III_TCLE_Outubro/2012

VERSO DO TCLE

BENEFÍCIOS

Não há benefícios pessoais diretos para você. Contudo, sua participação irá nos ajudar a conhecer melhor o seu papel e a importância de sua participação no Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

CUSTOS/REEMBOLSO/ PAGAMENTO

Você não terá gastos ao participar deste estudo. As entrevistas não serão remuneradas.

PERGUNTAS

Se você tiver alguma dúvida relacionada ao estudo, pode entrar em contato com Carla A. Arena Ventura, Telefone: 16-36023422.

CONSENTIMENTO

Eu, _____ RG _____,
após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo. Qualquer problema que tive ao ler ou compreender foi esclarecido. Eu tive a chance de fazer as perguntas que desejei e elas foram respondidas.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

_____
Participante

_____
Pesquisadora: Carla Aparecida Arena Ventura - Telefone: 16-36023422

_____
Pesquisadora: Márjore Serena Jorge – Telefone: 16-8121 0106

Agradecemos a sua disponibilidade, tempo e apoio.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Observacional

Pesquisa: Saúde e Desenvolvimento Local: um estudo sobre o controle social do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Prezado Senhor(a),
Por meio deste termo, gostaríamos de informá-lo(a) sobre o objetivo e procedimentos da Pesquisa "Saúde e Desenvolvimento Local: um estudo sobre o controle social do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto" e solicitar seu apoio e participação para a realização deste estudo.
Meu nome é Márjore Serena Jorge, sou enfermeira e aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação da Escola de enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP. Sou responsável por esta pesquisa, que esta sob a coordenação e orientação da Profa. Dra Carla Arena Ventura, Professora Associada da EERP/USP.
Convidamos o(a) Senhor(a) para participar dessa pesquisa que tem como objetivo compreender as inter-relações entre o exercício do controle social dentro com Conselho Municipal de Saúde e o desenvolvimento local, ou seja, objetiva compreender como a sua participação no Conselho Municipal de Saúde pode contribuir para as ações em saúde que garantam à população o acesso a um serviço de saúde público de qualidade, eficaz e que contribua para o desenvolvimento no município de Ribeirão Preto. Se quiser participar deste estudo e nos autorizar, estarei participando como ouvinte das reuniões do mês de novembro de 2012, em que o(a) Senhor(a) estiver presente, para fazer algumas observações a respeito da dinâmica das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Essa observação nos ajudará a compreender melhor a dinâmica das reuniões do Conselho e a atuação dos conselheiros.
Quando terminarmos essa pesquisa, o resultado final poderá aparecer em revistas e ser apresentado em congressos. A participação do Senhor(a) na pesquisa só acontecerá se o(a) Senhor(a) quiser. O(a) Senhor(a) não terá gastos e também não será remunerado por participar desta pesquisa. O(a) Senhor(a) também pode se recusar a participar a qualquer momento, sem problema nenhum e sem ser prejudicado por isso.
Se o(a) Senhor(a) concordar com a sua participação, vou pedir para o(a) Senhor(a) assinar duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O(a) Senhor(a) receberá uma cópia deste Termo assinada por mim e pela minha orientadora. Se o(a) Senhor(a) tiver alguma duvida, poderá nos perguntar ou ligar ou mandar um e-mail pelo endereço ou telefone que esta escrito logo abaixo.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16) 3602-3386. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3602-3422 ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP:14040-902

VERSO DO TCLE

Pesquisadores responsáveis:
Márjore Serena Jorge – E-mail: marjore.serena@hotmail.com
Carla Aparecida Arena Ventura – E-mail: caaventu@eerp.usp.br

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com a minha participação, que decidi por livre e espontânea vontade.
Eu,_____ aceito participar desta pesquisa, autorizando e permitindo a observação das reuniões do mês de novembro de 2012, em que eu estiver presente. Sei, também, que ao final deste trabalho meu nome será mantido em segredo. Estou ciente que quando não quiser mais participar, posso desistir sem qualquer problema para mim. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que está assinada pela pesquisadora (Márjore) e sua orientadora (Carla), e que pude conversar sobre este documento e tirar duvidas sobre a minha participação na pesquisa com, pelo menos, uma delas.

Agradecemos a sua colaboração.

_____
Participante

_____
Pesquisadora: Carla Aparecida Arena Ventura
Telefone: 16-36023422

_____
Pesquisadora: Márjore Serena Jorge
Telefone: 16-8121 0106

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Observacional

Pesquisa: Saúde e Desenvolvimento Local: um estudo sobre o controle social do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Prezado Senhor(a),
Por meio deste termo, gostaríamos de informá-lo(a) sobre o objetivo e procedimentos da Pesquisa "Saúde e Desenvolvimento Local: um estudo sobre o controle social do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto" e solicitar seu apoio e participação para a realização deste estudo.
Meu nome é Márjore Serena Jorge, sou enfermeira e aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP. Sou responsável por esta pesquisa, que esta sob a coordenação e orientação da Profa. Dra Carla Arena Ventura, Professora Associada da EERP/USP.
Convidamos o(a) Senhor(a) para participar dessa pesquisa que tem como objetivo compreender as inter-relações entre o exercício do controle social dentro com Conselho Municipal de Saúde e o desenvolvimento local, ou seja, objetiva compreender como a sua participação no Conselho Municipal de Saúde pode contribuir para as ações em saúde que garantam à população o acesso a um serviço de saúde público de qualidade, eficaz e que contribua para o desenvolvimento no município de Ribeirão Preto. Se quiser participar deste estudo e nos autorizar, estarei participando como ouvinte das reuniões do mês de dezembro de 2012, em que o(a) Senhor(a) estiver presente, para fazer algumas observações a respeito da dinâmica das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Essa observação nos ajudará a compreender melhor a dinâmica das reuniões do Conselho e a atuação dos conselheiros.
Quando terminarmos essa pesquisa, o resultado final poderá aparecer em revistas e ser apresentado em congressos. A participação do Senhor(a) na pesquisa só acontecerá se o(a) Senhor(a) quiser. O(a) Senhor(a) não terá gastos e também não será remunerado por participar desta pesquisa. O(a) Senhor(a) também pode se recusar a participar a qualquer momento, sem problema nenhum e sem ser prejudicado por isso.
Se o(a) Senhor(a) concordar com a sua participação, vou pedir para o(a) Senhor(a) assinar duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O(a) Senhor(a) receberá uma cópia deste Termo assinada por mim e pela minha orientadora. Se o(a) Senhor(a) tiver alguma duvida, poderá nos perguntar ou ligar ou mandar um e-mail pelo endereço ou telefone que esta escrito logo abaixo.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16) 3602-3386. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3602-3422 ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP:14040-902.

VERSO DO TCLE

Pesquisadores responsáveis:

Márjore Serena Jorge – E-mail: marjore.serena@hotmail.com
Carla Aparecida Arena Ventura – E-mail: caaventu@eerp.usp.br

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com a minha participação, que decidi por livre e espontânea vontade.
Eu,_____ aceito participar desta pesquisa, autorizando e permitindo a observação das reuniões do mês de dezembro de 2012 em que eu estiver presente. Sei, também, que ao final deste trabalho meu nome será mantido em segredo. Estou ciente que quando não quiser mais participar, posso desistir sem qualquer problema para mim. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que está assinada pela pesquisadora (Márjore) e sua orientadora (Carla), e que pude conversar sobre este documento e tirar duvidas sobre a minha participação na pesquisa com, pelo menos, uma delas.

Agradecemos a sua colaboração.

_____
Participante

_____
Pesquisadora: Carla Aparecida Arena Ventura - Telefone: 16-36023422

_____
Pesquisadora: Márjore Serena Jorge – Telefone: 16-8121 0106

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

APÊNDICE D - Roteiro para a realização das entrevistas semi-estruturadas:

1. Dados sócio-demográficos

a) Sexo:
b) Estado Civil:
c) Profissão:
d) Tempo de trabalho na profissão:
e) Tempo como membro do Conselho:
f) Representação:

2. Temas a serem abordados:

a) Na sua opinião, o Sr(a) acha que a população sabe que a saúde é um direito dela e que ela pode e deve participar desse processo, trazendo suas necessidades?

b) Considerando sua experiência como cidadão e como Conselheiro, a população tem participação dentro do Conselho?

c) Como o Sr(a) avalia a sua participação nas decisões do Conselho? O Sr(a) frequenta as reuniões? Consegue se manifestar? Suas manifestações são atendidas/consideradas? Esta satisfeito com sua atuação? O que poderia melhorar?

d) Quais mudanças na saúde o Sr(a) observou durante sua experiência como conselheiro? O Sr(a) poderia, por favor, citar exemplos?

e) Quais mudanças na saúde mental o Sr(a) observou durante sua experiência como conselheiro? O Sr(a) poderia, por favor, citar exemplos?

f) O Sr(a) considera que a atuação do Conselho influencia no desenvolvimento do município? O Sr(a) poderia, por favor, citar exemplos vivenciados?

APÊNDICE E – Roteiro para Observação Passiva

1) Temas a serem observados

a) Dinâmica das reuniões
   Pauta
   Horário
b) Quórum Suficiente ou não em cada reunião
c) Presença dos membros
d) Como são discutidas demandas
e) Como são realizadas as deliberações
f) Segmentos que mais se manifestam
g) Presença da população nas reuniões

ANEXOS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0516
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 024/2012

Ribeirão Preto, 15 de fevereiro de 2012.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 145ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de fevereiro de 2012.

Protocolo: nº 1450/2011

Projeto: Saúde e Desenvolvimento Local: um estudo sobre a gestão participativa na elaboração de políticas públicas de saúde no município de Ribeirão Preto.

Pesquisadores: Carla Aparecida Arena Ventura
Marjore Serena Jorge

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Carla Aparecida Arena Ventura