



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

**CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: CONSTITUIÇÃO E
IDENTIFICAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS
MULHERES E AMBIENTAIS – REGIÃO SUDOESTE I - GO**

VÂNIA MARIA DA SILVA

Goiânia – Goiás
Novembro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

**CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: CONSTITUIÇÃO E
IDENTIFICAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS
MULHERES E AMBIENTAIS – REGIÃO SUDOESTE I - GO**

VÂNIA MARIA DA SILVA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eline Jonas

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Goiânia – Goiás
Novembro de 2011

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Dr^a. Eline Jonas, pela paciência, sabedoria e dedicação durante esses anos de pesquisa.

Aos Conselheiros/as Municipais de Saúde de Rio Verde e Santa Helena de Goiás, por contribuírem com a pesquisa.

DEDICATÓRIA

*Dedico ao meu pai Waldemar, à minha mãe
Vilma e ao meu marido Ênio, pelo incentivo,
força e apoio aos estudos.*

RESUMO

Este estudo buscou identificar a constituição/estruturação dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Sudoeste I/GO: Municípios de Santa Helena de Goiás e de Rio Verde no período de 2007 a 2010 e traçar o perfil da representação da sociedade civil, agentes institucionais de saúde e gestores municipais de saúde nos Conselhos de Saúde desses municípios. Os dois Municípios selecionados são referências nos Serviços de Saúde da Região Sudoeste I de Goiás. Foram identificadas as formas de participação dos/as Conselheiros/as Municipais, tendo como foco a sua contribuição para a elaboração e implementação das Políticas de Saúde da Mulher e Ambientais pelos gestores desses Municípios. As informações foram obtidas por meio de entrevistas e aplicação de formulários junto aos/as Conselheiros/as, presidentes dos Conselhos, Gestores do setor saúde e análise dos documentos referentes às reuniões dos Conselhos. O estudo demonstrou que os Conselhos Municipais de Santa Helena de Goiás e Rio Verde apresentaram fragilidade na sua constituição e na interlocução com as gestões municipais, principalmente em relação aos/as representantes dos/as usuários/as não tem estrutura física e administrativa. As reuniões, em geral, estão voltadas para a pauta financeira – prestação de contas apresentadas pelos gestores – e não focadas na fiscalização e avaliação quanto à implementação e desenvolvimento dos programas de saúde que estão implantados ou que deveriam ser implantados ou mesmo para as discussões sobre a saúde da população e saúde ambiental.

Palavras-Chave: Controle social, Políticas de Saúde da Mulher e Ambiental e Conselho Municipal de Saúde.

ABSTRACT

This study sought to identify the constitution / organization of the Health Municipal Councils of the Southwest Region I / Go: Districts from Santa Helena de Goias and Rio Verde in the period of 2007 to 2010 and to plan the profile of the representation of the civil society, of health institutional agents and municipal managers of health in the health Councils of these districts. Both of Districts selected are references in the Healthy Services in the Southwest Region of Goias. It was identified the forms of participation of the Municipal Councils, having as a focus its contribution for the design and implementation of the Politics of the women and environmental health for the managers of these districts. The information were obtained through interviews and form application together with Councils, Councils Presidents, Managers of the health section and analysis of the documents concerning to the meetings of the Councils. The study showed that the Municipal Councils of Santa Helena de Goias and Rio Verde showed weakness in its constitution and in the conversation with the municipal administration principally in relation to the representatives of the users don't have focused on the physical and administrative structure. The meetings, in general, are financial agenda - It explains the accounts showed for the managers – and no focused on the inspection and assessment in relation to the implementation and development of the health program that are implanted or that should be implanted or even for the discussions about the population's health and environmental

Key Words: Social Control, Policies on Women's Health and Environmental, Municipal Health Council

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Brasil – Estados da Federação..... | 39 |
| Figura 2. Região Centro–Oeste do Brasil e Região Sudoeste- Goiás..... | 39 |
| Figura 3. Região Sudoeste de Goiás..... | 40 |
| Figura 4. Região Sudoeste I Goiano | 40 |
| Figura 5. Segmento de representação do Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde | 41 |
| Figura 6. Segmento de representação do Conselho Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás..... | 42 |
| Figura 7. Brasil, Goiás | 43 |
| Figura 8. Mapa do Estado de Goiás – Destaque Rio Verde e Santa Helena de Goiás..... | 43 |
| Figura 9. Percentual de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF) dos Municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás, em relação ao número de habitantes..... | 45 |
| Figura 10. Serviços do sistema municipal de saúde no Município de Rio Verde..... | 47 |
| Figura 11. Serviços do sistema municipal de saúde no Município de Santa Helena de Goiás..... | 47 |
| Figura 12. Incidência de dengue por região do País..... | 50 |
| Figura 13. Composição dos Conselhos Municipais de Saúde de Rio Verde e Santa Helena de Goiás – Região Sudoeste I - 2010..... | 58 |
| Figura 14. Representação do Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde..... | 58 |
| Figura 15. Representação do Conselho Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás..... | 59 |
| Figura 16. Comparativo de intervenções durante as reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde de Rio Verde e Santa Helena de Goiás (2007 – 2010) | 64 |
| Figura 17. Frequencia do Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde | 65 |
| Figura 18. Frequencia do Conselho Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás.. | 65 |
| Figura 19. Participantes da pesquisa e o segmento social que representa do Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde..... | 67 |
| Figura 20. Participantes da pesquisa e o segmento social que representa do Conselho Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás..... | 68 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Comparativo de casos notificados de dengue entre janeiro e março de 2011, por região e unidades federativas | 51 |
| Tabela 2. Distribuição da quantidade de intervenções dos/as conselheiros/as de Rio Verde conforme o segmento de representatividade - 2007 a 2010..... | 63 |
| Tabela 3. Distribuição da quantidade de intervenções dos/as conselheiros/as de Santa Helena de Goiás conforme o segmento de representatividade - 2007 a 2010.. | 63 |
| Tabela 4. Assuntos tratados nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde do Município de Rio Verde – 2007 a 2010 | 71 |
| Tabela 5. Assuntos tratados nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde do Município de Santa Helena de Goiás – 2007 a 2010..... | 72 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1. Conferências Nacionais de Saúde e Presidentes da República 1941-2011. | 19 |
| Quadro 2. Demonstrativo da 1ª a 7ª Conferência Nacional de Saúde, segundo o temário..... | 33 |
| Quadro 3. Demonstrativo da 8ª a 13ª Conferência Nacional de Saúde, segundo o temário..... | 36 |
| Quadro 4. Municípios com maior número de casos de dengue. Goiás, 2011 da semana 01 a 37 (01/01 a 17/09/2011)..... | 52 |
| Quadro 5. Composição dos Conselhos Municipais de Saúde, segundo porcentagem de representação por segmento e entidades representadas de Rio Verde e Santa Helena de Goiás - 2010 | 55 |
| Quadro 6. Composição dos Conselhos Municipais de Saúde, segundo porcentagem de representação por segmento e entidades representadas de Rio Verde e Santa Helena de Goiás - 2010..... | 56 |
| Quadro 7. Número de reuniões ordinárias e extraordinárias dos Conselhos Municipais de Saúde de Rio Verde e Santa Helena de Goiás – 2007 a 2010..... | 61 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

CUT – Central Única dos Trabalhadores

ESF – Estratégia Saúde da família

GO – Goiás

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

PPI – Programação Pactuada Integrada

PAISM – Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher

RV – Rio Verde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SHEGO – Santa Helena de Goiás

SUS – Sistema Único de Saúde

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUDS – Sistema Unificado Descentralizado em Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

| | |
|---|--------------------------------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 Tipo de estudo..... | Erro! Indicador não definido. |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | Erro! Indicador não definido. |
| 2.1 Conselhos de Saúde: as Políticas Públicas e a institucionalização do controle social | Erro! Indicador não definido. |
| 2.1.1 O Controle Social: Conselhos de Saúde e a participação popular..... | Erro! Indicador não definido. |
| 2.2 A Constituição dos serviços de saúde e a participação social na reforma sanitária do Brasil. | Erro! Indicador não definido. |
| 2.2.1 Reforma sanitária: a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)..... | Erro! Indicador não definido. |
| 2.3 A definição da Política Nacional de Saúde e Política Ambiental: as Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde..... | Erro! Indicador não definido. |
| 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO | Erro! Indicador não definido. |
| 3.1 Localização dos Conselhos Municipais de Saúde e população da região Sudoeste de Goiás..... | Erro! Indicador não definido. |
| 3.2 Região Sudoeste I – Municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás: Conselhos Municipais de Saúde e população..... | Erro! Indicador não definido. |
| 3.3 Organização dos serviços de atenção básica de saúde em Rio Verde e Santa Helena de Goiás..... | Erro! Indicador não definido. |
| 3.4 Conselhos Municipais de Saúde e as políticas de Saúde da Mulher e Saúde Ambiental | 48 |
| 3.5 Composição, estruturação e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de Rio Verde e Santa Helena de Goiás. | 53 |
| 3.6 Perfil dos/as conselheiros/as e representação nos Conselhos Municipais de Saúde e os assuntos referentes ao tempo e à atuação do/a conselheiro/a de saúde nos Municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás | 66 |
| 3.7 Implementação das Políticas de Saúde pela Gestão Municipal da área da Saúde..... | 77 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 82 |
| 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 86 |
| ANEXOS | 90 |
| ANEXO I –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 90 |
| ANEXO II –FORMULÁRIO | 91 |
| ANEXO III..... | Erro! Indicador não definido. |
| ANEXO IV | 95 |

1 INTRODUÇÃO

Os Conselhos Municipais, Estadual e Federal de Saúde foram instituídos a partir da concepção da reforma sanitária no Brasil e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e têm como papel, propor/indicar, aprovar políticas públicas de Saúde e fiscalizar a implementação dessas políticas, observando as deliberações das Conferências de Saúde, nas três esferas de Governo. Conforme o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade são princípios e, ao mesmo tempo, diretrizes do SUS (BRASIL, 2003).

Os Conselhos de Saúde nas diferentes esferas de Governo constituem o tripé de sustentação do Sistema Único de Saúde/SUS. Criado pela Constituição Federal de 1988, bem como pela Lei Orgânica da Saúde, além dos princípios de integralidade, universalidade e equidade, busca refletir a demanda da população para o acesso aos serviços saúde e atenção adequada implicando em eficiência, qualidade e resolutividade. Assim, a instituição dos Conselhos de Saúde nas três esferas de Governo, a realização de Conferências e a formação dos Fundos, representam a divisão de responsabilidade entre União, Estados e Municípios (BRASIL, 1998).

A composição dos Conselhos Municipais de Saúde foi definida pela Lei 8.142/1990, que prevê que sejam constituídos com 50% de representação dos usuários e os outros 50% com representantes do governo, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde (BRASIL, 1990).

Essa composição formal remete à reflexão sobre a representação dos diferentes setores sociais nos Conselhos e o processo de eleição dos/as Conselheiros/as, representação essa que, em princípio, exige conhecimento das necessidades da sociedade e autonomia para propor e fiscalizar as políticas públicas de saúde, dentre elas, destaca-se aqui a Saúde da Mulher e a Saúde Ambiental.

As Políticas Públicas referentes tanto à Saúde da Mulher como à Saúde Ambiental devem ser implementadas pelas Secretarias Municipais de Saúde que são responsáveis não só por sua execução, mas principalmente pelo controle e

avaliação sob a fiscalização dos Conselhos Municipais de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011-a).

Portanto, as Políticas de Saúde da Mulher, em seu conteúdo, tratam os Serviços específicos que têm em perspectiva o enfrentamento das desigualdades de gênero e da garantia da atenção integrada e humanizada às mulheres nas suas diversas situações, da atenção básica de saúde até a alta complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011-a).

Por outro lado, cabe também aos Serviços de Saúde, tratar sobre as questões referentes à Saúde Ambiental no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde, que, em junho de 2003, absorveu as atribuições do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, com base no Decreto nº 4.727 de 09 de junho de 2003.

Entre as atribuições do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde estão a de coordenação, avaliação, planejamento, acompanhamento, inspeção e supervisão das ações de vigilância relacionadas às doenças e agravos à saúde. Desta forma, a vigilância em saúde ambiental atua no meio ambiente no que possa trazer risco à saúde da população tais como a água para consumo humano, contaminação do ar e do solo, desastres naturais, contaminantes ambientais e substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, efeitos dos fatores físicos, e condições saudáveis no ambiente de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

No que se refere ao Controle Social, diante das atribuições já instituídas quanto à Saúde da População, em especial as referentes à Saúde da Mulher e à Saúde Ambiental, cabe aos Conselhos de Saúde cumprir o seu papel de indicar, aprovar, fiscalizar e controlar as iniciativas das Secretarias Municipais de Saúde na implementação destas políticas, fazendo cumprir os princípios do SUS.

O presente estudo abordou a constituição/estruturação dos Conselhos Municipais de Saúde e procurou identificar a participação da representação da sociedade civil e institucional na formulação de propostas/ações e fiscalização da Gestão Municipal quando da implementação das Políticas Públicas de Saúde da Mulher e Ambientais nos Municípios de Santa Helena de Goiás e Rio Verde-Sudoeste I Goiano, no período 2007–2010. E, especificamente, buscou identificar os mecanismos de constituição dos Conselhos; traçar o perfil de representação

dos/as integrantes; identificar as formas de participação dos/as Conselheiros/as Municipais quanto à proposição, aprovação, elegibilidade de diretrizes e fiscalização das ações dos gestores em saúde pública, tendo como foco a Saúde da Mulher e a Saúde Ambiental.

1.1 Tipo de estudo.

Trata-se de um estudo de abordagem quali-quantitativa, cujas informações foram levantadas em documentos oficiais e institucionais, pela aplicação de formulário e realizadas entrevistas junto aos/às Conselheiros/as e Gestores de Saúde dos Municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás, selecionados por serem Municípios onde as Instituições de Saúde são consideradas como Referência Regional de Serviços de Saúde da Região.

Foram incluídos no estudo os/as Conselheiros/as por segmento de representação com maior assiduidade nas reuniões do colegiado, a saber, com participação de 50% ou mais nas reuniões realizadas no período estudado, e os gestores, acrescidos de informações de dados secundários obtidos na pesquisa documental e bibliográfica.

A pesquisa documental foi realizada por meio de consulta às atas aprovadas pelo colegiado e outros documentos existentes, tais como relatórios de Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, Plano Municipal de Saúde, regimento interno, resoluções e relatórios diversos do período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010, ou seja, a pesquisa analisa duas gestões de Conselheiros/as de saúde.

A coleta dos dados foi realizada por meio da aplicação de formulário com questões fechadas e entrevistas, com 05 (cinco) Conselheiros/as de Saúde de Rio Verde e 07 (sete) Conselheiros/as de Santa Helena de Goiás, totalizando a participação de 12 Conselheiros/as de saúde incluindo os Gestores, depois de feitos os esclarecimentos sobre o trabalho e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram codificadas como segue: Ent. A01 a Ent. A13, como forma de garantir o anonimato.

Para a interpretação das informações obtidas, definiu-se como referência os mecanismos usados para a Constituição dos Conselhos e os assuntos abordados nas reuniões por meio de consulta às Atas, para verificar o processo de aprovação dos assuntos das pautas e as intervenções dos/as Conselheiros/as, os questionamentos e as proposições a respeito dos assuntos tratados e as intervenções referentes à implementação das Políticas de Saúde da Mulher e Saúde Ambiental. E, no que se refere às iniciativas/ atividades/ações identificadas, referentes à Saúde da Mulher e Saúde Ambiental nos Conselhos Municipais de Saúde, adotou-se como referência para os comentários, as políticas públicas (Normas Técnicas, Programas, Recomendações) existentes.

Concluiu-se que os Conselhos Municipais de Saúde de Santa Helena e Rio Verde, apresentaram fragilidade na sua constituição. Dentre os aspectos físicos, constatou-se que os Conselhos não têm espaço físico adequado para o seu funcionamento. Nas reuniões não há discussão sobre as políticas de saúde da população e nem sobre a fiscalização e/ou avaliação e desenvolvimento/ implementação das políticas voltadas para a saúde da mulher e ambientais que são do âmbito das Instituições de Saúde Municipais e que são ou que deveriam ser implementadas pelos Gestores Municipais. No que se refere à articulação institucional, é pequena a interlocução entre os Conselhos Municipais de Rio Verde e de Santa Helena e às Gestões Municipais dos dois Municípios, principalmente se considerarmos a participação dos/as representantes dos/as usuários/as.

Os resultados estão apresentados sob a forma de tabelas, quadros e figuras e de artigo a ser publicado em Revista Científica da área de políticas públicas e controle social e divulgados em Seminários Científicos. Será também apresentado Relatório para as instituições participantes e para os/as atores/gestores e beneficiários/as (direto-indiretos) das informações obtidas por essa pesquisa (Conselhos Municipais, Gestores dos Municípios, Secretários Saúde dos Municípios incluídos no trabalho; Câmara Municipal de Santa Helena de Goiás e de Rio Verde, Secretaria Estadual de Saúde/GO, Conselho Estadual de Saúde de Goiás e Conselho Nacional de Saúde/CNS/MS).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Conselhos de Saúde: as Políticas Públicas e a institucionalização do controle social

Os Conselhos de Saúde e as Políticas Públicas, em geral, surgem como resposta às demandas populares e da sociedade civil organizada, canalizadas e potencializadas pelos espaços dos Paramentos nas esferas Nacional, estaduais e Municipais e pelas respectivas Gestões Públicas nos períodos de avanços democráticos da sociedade brasileira.

No que tange à capacidade de articulação e mobilização da sociedade civil, nos últimos anos – notadamente em consequência da década de 1960, período de ausência de políticas públicas promovedoras das demandas populares – que além da falta de liberdades democráticas, seguiu-se um aumento associações civis, organizações não governamentais e atividades de voluntariado, todas voltadas à proteção de interesses coletivos, difusos e individuais, o que modificou o perfil das relações sociais e mesmo da relação do Estado com a Sociedade, fazendo o elo, direcionados à indicação de pautas de gestão não contempladas pela política oficial (LEAL, 2001).

Neste período, década de 1960, podemos destacar a Ditadura Militar como sendo o período da política brasileira em que os militares governaram o Brasil, de 1964 a 1985. O período caracterizou-se pela falta de democracia, supressão de direitos constitucionais, censura, perseguição política e repressão àqueles que eram contra o regime militar (FICO, 2004) e, repressão ao movimento e organizações populares existentes. As lutas por democracia e a resistência social ao regime de exceção contribuíram sensivelmente para que em 15 de janeiro de 1985, o colégio eleitoral escolhesse um Presidente da República civil. Era o fim do regime militar e na sequência, em 1988, foi aprovada uma nova constituição para o Brasil. A Constituição de 1988, chamada Constituição Cidadã, apagou os rastros da ditadura militar e estabeleceu princípios democráticos no país (FICO, 2004).

Cabe destacar que, mesmo durante a Ditadura Militar, a partir da década de 1970, a expressão 'políticas públicas' começou a ser discutida cada vez mais, tanto nos discursos oficiais quanto nos textos das ciências sociais, cobrindo completamente o mesmo espaço empírico que antes era ocupado pela noção de planejamento estatal (AUGUSTO, 1989).

O termo políticas públicas refere-se a “[...] um conjunto de objetivos que informa determinado programa de ação governamental e condiciona sua execução” (FERREIRA, 1986, p. 1358).

No entanto, para análise do processo de institucionalização e implementação de Políticas Públicas, vale destacar que desde o momento em que o Estado Brasileiro se constituiu, a saúde fez parte das suas atribuições. No âmbito dos serviços de Saúde, com o passar dos anos, ocorreu à alteração não só da forma como se deu a intervenção estatal, mas também o que significava a promoção pública da saúde pública (DONNANGELO, 1975).

A intervenção de saúde pública, primeiramente, ocorreu somente pela adoção de medidas de saneamento básico, da orientação de normas de higiene, e do controle das endemias que foi um marco da situação sanitária do país (DONNANGELO, 1976).

Neste processo, as Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas em 1937 e eram espaços estritamente intergovernamentais, do qual participavam autoridades do Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais dos Estados. As Conferências de Saúde deveriam acontecer a cada dois anos, porém, somente em janeiro de 1941 foi convocada a 2ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2009). Desta forma, até os dias atuais, foram realizadas 13 Conferências Nacionais de Saúde, sendo que a 14ª está agendada para acontecer no período de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011, como está demonstrando abaixo (Quadro 1).

| Conferência | Data | Presidente da República |
|--------------------|--------------------|--------------------------------|
| 1 ^a | 06/1941 | Getúlio Vargas |
| 2 ^a | 12/1950 | Eurico Gaspar Dutra |
| 3 ^a | 06/1963 | João Belchior Goulart |
| 4 ^a | 08-09/1967 | Arthur da Costa e Silva |
| 5 ^a | 08/1975 | Ernesto Geisel |
| 6 ^a | 08/1977 | Ernesto Geisel |
| 7 ^a | 03/1980 | João Batista Figueiredo |
| 8 ^a | 03/1986 | José Sarney |
| 9 ^a | 08/1992 | Fernando Collor de Mello |
| 10 ^a | 09/1996 | Fernando Henrique Cardoso |
| 11 ^a | 12/2000 | Fernando Henrique Cardoso |
| 12 ^a | 12/2003 | Luís Inácio Lula da Silva |
| 13 ^a | 11/2007 | Luís Inácio Lula da Silva |
| 14 ^a | 30/11 a 04/12/2011 | Dilma Rousseff |

Quadro 1 – Conferências Nacionais de Saúde e Presidentes da República, 1941-2011.
Fonte: Brasil, 2009.

A convocação das Conferências remete à participação popular no Brasil, discussão que remonta há, pelo menos, até a última década do século XIX (PINHEIRO & HALL, 1979). Neste sentido, os estudiosos e técnicos do tema “participação popular”, se referem a uma concepção populacional mais ampla do que apenas o movimento sindical ou a política partidária. Mesmo havendo a participação da classe média este termo, participação popular, geralmente, se refere à classe popular (VALLA V. V., 1998).

Para se ter uma melhor compreensão sobre participação popular, é interessante lembrar algumas definições de ‘participação popular’

[...] a participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar as formulações, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico, etc.) (VALLA et al., 1993, p 9).

Quando se trata de Conferências, refere-se à gestão pública que, para se configurar como democrática, precisa da maior adesão social possível, conquistada por meio de ações comunicativas permanentes com todos os sujeitos

envolvidos e alcançados pelo exercício do poder político, institucional ou não (LEAL, 2003).

Isso se explica pelo simples fato da complexidade que marca as relações sociais contemporâneas, cujas demandas e conflitos estão em constante mudança. No entanto, o que se busca na Administração Pública e com ela é a garantia de um espaço público em que haja o enfrentamento de todas as particularidades desse cenário, acolhendo a diversidade e a diferença como elementos imprescindíveis para o debate, a deliberação e a execução das políticas públicas, norteadoras das ações públicas voltadas à comunidade como um corpo político orgânico e ativo. Trata-se da visibilidade, plena e plana, que deve marcar o novo modelo de gestão pública compartilhada, criando as condições objetivas e subjetivas para que a participação política da cidadania seja condição de possibilidade da Administração Pública Democrática de Direito (LEAL, 2003).

A Base de ação Programática na Saúde da Mulher no Ministério da Saúde é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este pressupõe a descentralização, hierarquização, regionalização e equidade na atenção assim como a participação social. Trata-se da Assistência a Mulher, em todas as fases da vida: clínico, ginecológico, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como nos casos de doenças crônicas ou agudas. O conceito de assistência contido no Programa refere-se ao cuidado médico e de toda a equipe de saúde com ênfase às práticas educativas, como estratégia para desenvolver a capacidade crítica e a autonomia das mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em maio de 2004 o Ministério da Saúde lançou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, construída a partir da proposição do Sistema Único de Saúde/SUS e respeitando as características da política de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os problemas de saúde das mulheres são agravados pela discriminação nas relações de trabalho, que acarreta sobrecarga nas responsabilidades com o trabalho doméstico, o que com frequência resulta em fragilização da sua saúde. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais

relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os objetivos da Política de Saúde voltada para a atenção a Mulher estão em fortalecer a atenção básica, que é realizada por meio dos municípios, no cuidado com a mulher. Desta forma, seguem-se alguns dos objetivos específicos: aumentar o acesso aos serviços clínico-ginecológica, planejamento familiar, garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva, garantir acesso as opções de métodos anticoncepcionais, estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar, construir um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, qualificar a assistência obstétrica e neonatal, organizar uma rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal, distribuir material técnico e educativo, qualificar e humanizar a atenção à mulher em todas as situações, garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes, promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual, prevenir as DST e a infecção pelo HIV/AIDS entre mulheres, organizar em municípios pólos de microrregiões redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama, promover a integração com o movimento de mulheres feministas no aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Quanto a Saúde Ambiental a Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981 que dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, não apenas acolheu como precisou a terminologia “meio ambiente”, como segue: “I – Meio Ambiente, o conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química e biológica, que permite abrigar e reger a vida em todas as suas formas. Desta forma, coube também às Secretarias Municipais de Saúde, por meio da Vigilância Ambiental em Saúde, desenvolver atividades relacionadas ao meio ambiente (BRASIL, 1981).

Os sinais de deterioração do ambiente são aspectos importantes, tais como a contaminação do ar, solo e água, são impactos ambientais relacionados às

atividades humanas sobre o meio ambiente. “O setor de saúde tem sido instado a participar mais ativamente dessa agenda, seja pela sua atuação tradicional no cuidado de pessoas e populações atingidas pelos riscos ambientais, seja pela valorização das ações de prevenção e promoção da saúde”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 05).

Este fato demonstra a necessidade de a Vigilância em Saúde superar suas atividades baseada em agravos e incorporar a temática ambiental nas práticas de saúde pública. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Desta forma os/as Conselheiros/as Municipais de Saúde no plano da efetividade, segundo Leal (2004), podem exercer atividades de fiscais das atividades do Município, na área de suas respectivas competências, ensejando, dessa forma, um controle operacional das políticas públicas, de forma ativa, acompanhando a gestão cotidiana dos interesses comunitários.

2.1.1 O Controle Social: Conselhos de Saúde e a participação popular

Segundo Valla (1993) o termo participação popular é um dos mais usados em nossa sociedade. Em razão disso, faz reflexão sobre porque há tão pouca “participação”, exatamente na época em que mais se valoriza esse tema. Para o autor, “participação social” se refere:

Às múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para poder influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas na área social (saúde, educação, habitação, transporte, etc.)
VALLA (1993, p. 63).

Ele ainda expõe que, participação popular se diferencia por ser uma “[...] participação política das entidades representativas das sociedades civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas na área social”. (VALLA, 1993, p. 63).

A participação nas decisões, em detrimento da participação nas ações, é cada vez mais importante, visto que não é mais concebida como estratégia de incorporação nas ações, como estratégia de incorporação do saber e da

experiência popular ou de aproximação com a comunidade, mas como forma de garantir o redirecionamento das políticas e práticas para atender as necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde (CARVALHO, 1995).

Por outro lado, segundo Valla (1993), os interesses das classes dominantes representados pelas entidades da sociedade civil, tentarão sempre impedir e desviar o desenvolvimento do movimento popular, restringindo acesso a informações, colocando limites na sua atuação, fragmentando a participação e fazendo demorar as decisões do movimento popular, por meio da nomeação dos próprios membros do movimento popular, para aceitar as propostas em troca de benefícios pessoais ou políticos.

Os Conselhos Municipais de Saúde/CMS são órgãos permanentes e deliberativos, com representantes do Governo, dos prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e usuários. Foram criados para colocar de forma paritária os interesses coletivos e, dessa forma, desenvolver o SUS. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Ribeiro (1996) observa que os Conselhos podem assumir dois perfis: o de vocalização de demandas e o de pactuação de interesses. Na verdade, isso poderia ser visto como a própria dinâmica do processo de estabelecimento do interesse público quanto a temas específicos. O predomínio da vocalização ou da pactuação poderia expressar momentos distintos de um mesmo processo, voltado para operacionalizar o interesse comum que deve prevalecer para cada questão ou demanda tematizada por um grupo específico de interesses.

Os Conselhos de Saúde constituem-se em espaços conflituosos, por integrarem atores que portam diferentes projetos e interesses. São arenas de disputas e concentrações de interesses, servindo também como possíveis espaços para os sujeitos sociais, que deles participam, construir sua cidadania. Ao exercerem seu “poder participativo”, constituem-se em sujeitos políticos com capacidade e potência para influenciarem, positivamente, a implementação do SUS no nível local (VANDERLEI & WITT, 2003).

É importante ressaltar que a participação popular, por meio de representação de entidades presentes nos Conselhos, possibilita que a população

interfira nas políticas públicas, especificamente na saúde pública, no caso do Conselho Municipal de Saúde, garantindo a prioridade dos interesses da coletividade. O que é público deve estar sob o controle dos usuários, refletindo o real poder da população de modificar planos e políticas (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 1992).

Nesse sentido, esses espaços de representação social/institucional devem ser observados pela sociedade e pelo poder público quanto ao exercício/cumprimento de suas funções, já que os serviços e políticas de saúde, a serem implementados pelos órgãos gestores, passam pelos fóruns de seu colegiado e depende de sua avaliação e aprovação, ficando assim, a eles condicionados, tanto os serviços e ações públicas de saúde quanto o acesso da população a esses serviços (SANTOS, 2003).

No Brasil, a participação esteve reduzida a espaços de influência socioeconômica e política. Como exemplos, a época de Vargas, na década de 1930 a 1964, quando ocorreu o golpe militar, que manteve os militares no poder até 1986 (SANTOS, 2003). Dessa forma, entendemos ser interessante um breve relato de como era o controle social e a implantação social no Brasil até a Constituição Federal de 1988.

2.2 A Constituição dos serviços de saúde e a participação social na reforma sanitária do Brasil

Para entender a realidade dos serviços de Saúde, é necessário analisar o processo histórico da constituição dos serviços de saúde, que entra na Reforma Sanitária em 1988.

Em 1923, a Lei Eloy Chaves criou as caixas de pensões e aposentadorias, modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado que abrangia a área da saúde. As pessoas que não trabalhavam na área de saúde, dependiam de ações das entidades filantrópicas. Destacamos que essa Lei foi aprovada em razão da mobilização e organização da classe operária no Brasil, como resposta ao empresariado e ao Estado ante a crescente importância da questão social.

Carvalho (1997) destaca que, desta época até aproximadamente os anos 1960, os movimentos sociais sofreram fortes pressões de partidos políticos e governos que buscavam instrumentalizá-los e submetê-los a seus interesses e diretrizes.

Getúlio Vargas, na década de 1930, pretendeu estender para todas as categorias de operários urbanos (marítimos, comerciários, bancários e industriários) os benefícios da previdência, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, que eram organizados por categorias funcionais, sendo a representação de empregados feita pelo sindicato (POLIGNANO, 2001).

Em meados dos anos 1960, no Brasil, o controle social era exercido pelo Estado sobre a sociedade por meio de combate a vetores e da imunização da população. Segundo Assis (2003), as ações de prevenção eram criadas pelo Ministério da Saúde e as curativas pelo sistema previdenciário, com propósito de atender somente os trabalhadores inseridos no mercado formal.

Em 1964, com a criação do INPS, que unificou o regime geral da Previdência Social, e em 1978 com a inauguração do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), a assistência médica passou a ser responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e não mais do INPS, que passou a se voltar exclusivamente às questões da previdência (ASSIS, 2003).

Nessa época, o governo passou então a ter total poder de decisão, que se manifestava pela imposição da censura e proibição e que culminaram com o exílio de muitos políticos. O Estado ampliou a assistência e como objetivo, além de mecanismo de acumulação de capital, minimizar as tensões sociais, legitimar o regime e aumentar assim a regulação do Estado sobre a sociedade (BRAVO, 2006).

Valla (1993) relata que foi durante o regime militar que se oficializou a privatização da verba pública e a repressão dos governos impediu que a população protestasse contra as ações governamentais de impactos sociais e ambientais.

O movimento político nacional que reivindicava as “Diretas Já”¹, nos anos 1980, e que culminou com a realização da eleição “Indireta” no Colégio Eleitoral, em que foi eleito, em 1985, Tancredo Neves para Presidente do Brasil, marcou o fim do regime militar. O fim desse ciclo reforçou a importância da participação popular e social nas decisões da nação. Nesse período, foi fomentada a organização e a criação de entidades populares e respeitadas as ações dos diferentes movimentos sociais e de representação não só da sociedade civil, mas também da representação de organismos institucionais como o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). Em 1987 foi criado o Sistema Unificado Descentralizado em Saúde (SUDS), que integra os serviços de saúde aos setores previdenciários e de saúde pública mediante convênio tripartite. E, foi em 1988 que houve importante transformação no Sistema de Saúde do Brasil por meio da promulgação da nova Constituição Federal, que incorporou conceitos, princípios e uma lógica de organização da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

2.2.1 Reforma sanitária: a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

O movimento da reforma sanitária foi o mais significativo no processo de retomada da participação democrática, após um longo período de ditadura militar.

Para implementar as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, formou-se um grupo executivo da Reforma Sanitária. Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS, que funcionou de agosto de 1986 a maio de 1987, dedicou-se ao aprofundamento do Relatório Final da Conferência, à sistematização de propostas e à articulação nacional do movimento sanitário, com atenção para o poder legislativo, pois estava se iniciando o processo constituinte (BRASIL, 2006-a).

¹ Movimento que começou em 1983 e se intensificou no ano seguinte (1984). Políticos, artistas, líderes sindicais e estudantes tinham como objetivo votação da emenda, marcada para o dia 25 de abril de 1984. Mas 113 deputados não compareceram e a emenda acabou rejeitada, apesar dos 298 votos favoráveis, 65 contrários e três abstenções. Precisavam de mais 22 votos favoráveis para aprovar a emenda. (LEONELLI & OLIVEIRA, 2004).

A partir da década de 1980, os trabalhadores de saúde intervieram nas deliberações sobre a saúde, defendendo questões como a melhoria da situação de saúde e o fortalecimento do setor público. O movimento sanitário teve o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde como veículo de transmissão, ampliando o acesso aos debates de saúde e elaborando contrapropostas. A oposição partidária ao Governo Federal começou a debater as temáticas de saúde em seus Programas e no Congresso, discutindo a política do setor, além dos movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos juntamente com a sociedade civil (BRAVO, 2006).

O Ministério da Saúde envolvendo seus técnicos contribui ativamente na luta pela participação social, participação da comunidade, universalidade no atendimento, prevenção de doenças foram proposta de reorientação do Sistema de Saúde, com o objetivo de descentralizar o poder e fortalecer o poder público (BRAVO, 2006).

O movimento sanitário teve como foco a politização da saúde, com o objetivo de “aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar a visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias” (BRAVO, 2006, p. 11). E, teve como princípio básico: “Saúde é direito de todos e dever do Estado principio este, norteador da Reforma Sanitária, que tinha, entre outras finalidades, reorientar o Sistema de Saúde e implantar o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRAVO, 2006).

A estruturação/criação do Sistema Único de Saúde/SUS teve grande influência na implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). E, as legislações para o Sistema Único de Saúde foram: a Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. A implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher integrada ao sistema e seguindo suas diretrizes.

A Constituição Federal de 1988 representou um avanço considerável, visto que é reconhecida internacionalmente como referência em termos de políticas de saúde e base jurídico-constitucional. No período seguinte, 1989-1990, foi elaborada a lei nº 8.080 de 19/09/1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição. Além disso, foram promulgadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios, adaptando-se a legislação em âmbito regional e municipal e repetindo-se o processo de envolvimento da sociedade e a pactuação entre as diferentes forças políticas observados na Assembléia Nacional Constituinte (BRASIL, 1990).

As Leis 8080 e 8142 de 1990 encontraram grandes desafios a serem transpostos, tais como os princípios da organização e doutrinários que nortearam a construção do SUS (BRASIL, 1990).

Os princípios da doutrina do SUS consistem na universalidade, equidade e integralidade:

- a universalidade dos serviços, significa que todas as pessoas têm direito ao serviço de saúde independentemente da cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. A saúde é um direito de cidadania e dever dos governos Municipal, Estadual e Federal (BRASIL, 1990).

- a equidade, garante atendimento a todo cidadão conforme sua necessidade, pois todo cidadão é igual perante o SUS, sem privilégios e sem barreiras (BRASIL, 1990).

- a integralidade, significa, pela prática dos serviços, o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentadas e as unidades prestadoras de serviços, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990).

A organização do SUS tem como princípios: a regionalização/ hierarquização, a descentralização e a participação popular (BRASIL, 1990).

- a regionalização/hierarquização dos serviços de saúde deve ser organizada em níveis de complexidade tecnológica crescentes, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isso implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como facilitar o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade. O acesso da população à rede deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão referenciar para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990).

- a descentralização político-administrativa é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Parte da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Para isso, deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde – é o que se chama municipalização da saúde (BRASIL, 1990).

- a participação dos cidadãos é outro princípio de organização que garante constitucionalidade à população, por meio de suas entidades representativas, para participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, trabalhadores de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências de saúde periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde. Deve ser também considerado como elemento do

processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde (BRASIL, 1990).

Como forma de garantir os serviços de saúde, pode-se apresentar a complementaridade do setor privado, onde a Constituição de 1988 definiu quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados isso pode acontecer em três condições: 1ª – A celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, o interesse público deve prevalecer sobre o particular; 2ª – A instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e as normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em seu nome; 3ª – A integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o que, em que nível e em que lugar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

2.3 A definição da Política Nacional de Saúde e Política Ambiental: as Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde

A 1ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em novembro de 1941. Neste período os setores educação e saúde eram de responsabilidade do mesmo Ministério de Educação e Saúde (MES). Esta conferência, assim como as subseqüentes, refletiu o momento histórico. Apesar da determinação legal de convocação a cada dois anos, as Conferências tiveram um espaço maior conforme pode-se observar na Tabela em anexo. (BRASIL, 2009).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada no período de 21/11 a 12/12 de 1950 com o tema “Pontos de vista dominantes entre os Sanitaristas”, tratou-se de temas como a malária, segurança do trabalho, prestação de

assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes (BRASIL, 2009).

Em 25 de julho de 1953 foi criado o Ministério da Saúde, para separar a Educação da Saúde. Em 03 de setembro de 1954, com a aprovação da Lei nº 2.312 “Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde”, e em 21 de janeiro de 1961 regulamentou-se e instituiu-se o Código Nacional de Saúde (BRASIL, 2009).

Treze anos após a 2ª Conferência, em julho de 1963, foi convocada a 3ª Conferência Nacional de Saúde. Os representantes eram ainda apenas do governo federal e dos estados e território, mas ampliou-se esta participação e estabeleceu-se que os dirigentes poderiam ser acompanhados por assessores técnicos. As discussões foram no sentido de direcionar a análise da situação sanitária e a reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização e de redefinição dos papéis das esferas de governo, além de proposta de um plano nacional de saúde. O golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação destas medidas (BRASIL, 2009).

A 4ª Conferência Nacional de Saúde, em 1967, teve a participação de especialistas nos temas debatidos e das autoridades do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência Social e Assistência Social (MPAS) e dos estados e territórios. O tema foi “Recursos Humanos para as atividades de Saúde”, focando a necessidade de formação e capacitação de profissionais no desenvolvimento da política de saúde. Contou com um painel internacional sobre a política e realizações da Organização Pan-americana de Saúde (Opas) e as experiências sanitárias da Venezuela e da Colômbia (BRASIL, 2009).

Na 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1975, foram discutidos cinco temas, sendo que o primeiro deles era a implementação da Lei nº 6.229/75, criando o Sistema Nacional de Saúde e distribuindo as atribuições entre o Ministério da Saúde e o sistema de assistência médica previdenciário. Os outros temas foram, as estratégias e mecanismos de implementação do programa de Saúde Materno-Infantil, do Programa de Controle de Grandes Endemias e do Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais, além da implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2009).

Após dois anos, em agosto de 1977, houve a 6ª Conferência Nacional de Saúde, seu tema foi direcionado à avaliação e análise de estratégias de implantação de programas governamentais (BRASIL, 2009).

A 7ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1980, com o tema “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Este temário contemplou recursos humanos, financiamento, participação comunitária e outros. Destaque para o relatório da conferência, que reconhece em suas conclusões a falta da participação do movimento social, que se fortalecia nesse período em torno da reivindicação de reformas mais profundas do sistema de saúde. Esta Conferência, última das realizadas durante o regime militar, anunciava a necessidade de mudanças no sistema de saúde e nas conferências de saúde, que só viriam a se concretizar após o início do processo de redemocratização do país (BRASIL, 2009).

No período da Nova República, em março de 1986, foi realizada em Brasília-DF a VIII Conferência Nacional de Saúde – VIII CNS, por iniciativa do Ministério da Saúde e contou com a participação de quatro mil pessoas, entre estas, mil delegados de todo o Brasil. Os temas foram os seguintes: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e financiamento do setor (BRASIL, 2009).

Nesse momento, se recomendou a organização de um sistema de saúde descentralizado, com a definição de competências próprias dos três níveis de governo democrático, incluindo a participação dos usuários na formulação de políticas de saúde e nas estruturas de acompanhamento e avaliação (PAIM, 2002).

O Quadro 2 demonstra de forma resumida os temas discutidos nas Conferências Nacionais de Saúde até a constituição do SUS.

| Conferência | Temas | Ano |
|----------------|---|----------------|
| 1 ^a | <ol style="list-style-type: none"> 1. Organização sanitária estadual e municipal. 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose. 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento. 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. | 06/1941 |
| 2 ^a | Legislação referente à higiene e segurança do trabalho. | 12/1950 |
| 3 ^a | <ol style="list-style-type: none"> 1. Situação sanitária da população brasileira. 2. Distribuição e coordenação das atividades médico sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal. 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde. | 06/1963 |
| 4 ^a | Recursos humanos para as atividades de saúde. | 08- 09/1967 |
| 5 ^a | <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde. 2. Programa de Saúde Materno-Infantil. 3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. 4. Programa de Controle das Grandes Endemias. 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais. | 08/1975 |
| 6 ^a | <ol style="list-style-type: none"> 1. Situação atual do controle das grandes endemias. 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo nacional em matéria de saúde. 3. Interiorização dos serviços de saúde. 4. Política Nacional de Saúde. | 08/1977 |
| 7 ^a | Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos. | 03/1980 |

Quadro 2 – Demonstrativo da 1^a a 7^a Conferência Nacional de Saúde, segundo o temário.
Fonte: Brasil, 2009.

A 8^a CNS apresentou os objetivos políticos, que foram alcançados no texto da Constituição, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde. Os resultados dos debates da 8^a conferência explicitaram as diretrizes para a reorganização do sistema e estabeleceram a criação do Sistema Único de

Saúde, que separa totalmente a saúde da previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária (BRASIL, 2009).

A participação popular foi o que motivou as formulações e temas da VIII Conferência Nacional de Saúde, redigidas em 1988, com o objetivo de fortalecer e promover as propostas progressivas de reorientação da política do setor. As discussões desta conferência de saúde resultam na consagração da máxima “a Saúde é direito de todos e dever do Estado”, e, mais tarde, deram origem à Lei Orgânica da Saúde, de 1990. Essa lei constituiu, apesar dos vetos presidenciais, um importante instrumento na configuração jurídico-política de um novo modelo assistencial, capaz de mudar a saúde da população (VALLA *et al.*, 1993).

A partir da Constituição de 1988, foi delineada uma nova institucionalidade que

“rompe com o paradigma centralizado e tecnocrático de gestão das políticas, tendo como centro a descentralização das políticas sociais e a abertura de processos de participação da sociedade por meio da introdução de mecanismos que combinam democracia representativa com democracia direta, seja no plano do legislativo, seja no plano do executivo, como o plebiscito, o referendo e a criação de órgãos colegiados e paritários” (SANTOS, 2003, p.98).

A 9ª Conferência Nacional de Saúde recomenda que os Conselhos de Saúde se reúnam obrigatoriamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que necessário que suas reuniões sejam abertas ao público, com pauta e data divulgadas previamente pela imprensa; que tenham autonomia de se autoconvocar, que sejam asseguradas, pelo Poder Público, condições adequadas para seu funcionamento, inclusive infra-estrutura administrativa, assessoria técnica e acesso à informação; que seja acrescentado ao parágrafo 2º do Art. 1º da Lei 8.142: “[...] as decisões retornam ao Conselho para apreciação e decisão caso não sejam homologadas pela autoridade competente [...]”; que seja susado o repasse de verbas, caso os Conselhos não funcionem durante seis meses até a normalização de suas atividades, devendo ser acionado o Ministério Público; que seja estimulado o intercâmbio entre Conselhos de Saúde e entre estes e outros Conselhos da área social, para análise de problemas comuns e articulação de suas ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Os integrantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde deliberaram pelo aprofundamento e pelo fortalecimento do Controle Social, afirmando novamente a

obrigação dos gestores de cumprirem a legislação do SUS e também no que se refere ao caráter permanente e deliberativo dos Conselhos de Saúde na elaboração e no controle da execução da política de saúde. Enfatizam alterar a composição atual dos Conselhos de saúde e reforçam a articulação autônoma entre Conselhos e Conselheiros/as de saúde. Definem as responsabilidades dos Gestores do SUS no estabelecimento de medidas que garantam o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A 11ª CNS defendeu o fortalecimento do exercício da cidadania por meio do Controle Social da sociedade e, em especial, na área de saúde por meio das Conferências e Conselhos de Saúde deliberativos e paritários com exigência de respeito às suas decisões. Com a PEC 169², há conquista da EC 29/00 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Na 12ª CNS ficou garantido o fortalecimento do controle social e da participação dos diversos segmentos da sociedade em todas as áreas do sistema de Seguridade Social, em todas as instâncias colegiadas, nas três esferas de governo para assegurar a transparência das ações e o controle sobre o uso e a distribuição de recursos, assegurando o controle social, tendo como base o critério de paridade, segundo os critérios do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A 13ª Conferência Nacional de Saúde teve como tema central: “Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento” (BRASIL, 2009).

O Quando 3 demonstra os temas das Conferências Nacionais de Saúde durante e após a constituição do SUS.

² PEC – Proposta de Emenda Constitucional (PEC-169) para estabelecer na Constituição Federal recursos financeiros definitivos e suficientes para a saúde (CARVALHO, 2003).

| Conferência | Temas | Ano |
|-------------|--|------|
| 8ª | 1) Saúde como direito. 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. 3) Financiamento do setor. | 1986 |
| 9ª | Tema central: Municipalização é o caminho. | 1992 |
| 10ª | 1) Saúde, cidadania e políticas públicas. 2) Gestão e organização dos serviços de saúde. 3) Controle social na saúde. 4) Financiamento da saúde. 5) Recursos humanos para a saúde. 6) Atenção integral à saúde. | 1996 |
| 11ª | Tema central: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. | 2000 |
| 12ª | Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. | 2003 |
| 13ª | Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento | 2007 |

Quadro 3 – Demonstrativo da 8ª a 13ª Conferência Nacional de Saúde, segundo o temário.
Fonte: Brasil, 2009.

Foi no ano de 2000 que a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com base no Decreto n.º: 3.450, de 9 de maio de 2000, estabeleceu como sua competência institucional a “gestão do sistema nacional de vigilância ambiental”. A Vigilância Ambiental em Saúde trabalha nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde (BRASIL, 2002).

Tendo em vista os grandes avanços com as conferências de saúde (Quadro 3) inclusive no ano de 2000 com a implementação da Vigilância Ambiental em Saúde e a Política Pública de Saúde, o Sistema Único de Saúde/SUS está constituído por três esferas de atuação: Federal, Estaduais e Municipais (BRASIL, 2005).

O nível Federal tem, principalmente, as atribuições de formular, avaliar e apoiar políticas, normalizar ações, prestar cooperação técnica aos Estados, ao Distrito Federal e Municípios, e controlar, avaliar as ações e os serviços,

respeitadas as competências dos demais níveis com o apoio do Conselho Nacional de Saúde/CNS/MS (BRASIL, 2005).

As direções Estaduais do SUS têm como principais atribuições promover a descentralização de serviços, executarem ações e procedimentos de forma complementar aos municípios, prestar apoio técnico e financeiro aos municípios, sendo fiscalizados pelos Conselhos Estaduais de Saúde (BRASIL, 2005).

Às direções Municipais do SUS compete, principalmente, a execução, controle, avaliação das ações e serviços de saúde, sendo fiscalizados pelos Conselhos Municipais de Saúde (BRASIL, 2005).

O Financiamento dos Serviços de Saúde é um assunto importante quando se trata da discussão da equidade, qualidade e da universalidade dos serviços para a população. Quanto a isso, os repasses financeiros ocorrem por meio de transferências "fundo a fundo", realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, proporcionando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de Saúde. As transferências regulares e automáticas constituem a principal modalidade de transferência de recursos federais para os estados, municípios e Distrito Federal, para financiamento das ações e serviços de saúde, contemplando as transferências "fundo a fundo" e os pagamentos diretos a prestadores de serviços e beneficiários cadastrados de acordo com os valores e condições estabelecidas em portarias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

No entanto, o financiamento do SUS está entre os principais problemas enfrentados desde a sua criação pela Constituição Federal de 1988. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, que estabelece a vinculação de recursos nas três esferas de governo, apresenta uma grande conquista para a construção do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011).

Porém faz-se necessária a regulamentação da Emenda 29, faltando legislar sobre a origem dos recursos a serem destinados à saúde que, desde 2004, está sem cobertura total. A regulamentação da EC nº 29 permitirá também que os recursos aplicados nas ações e serviços de saúde não sofram "desvio de

finalidade", visto que a lei definirá o que poderá ser considerado como tal, tendo como referência a Resolução 322/2003 do CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Localização dos Conselhos Municipais de Saúde e população da região Sudoeste de Goiás

Os Conselhos Municipais de Saúde pesquisados estão localizados nos Municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás/GO, Centro-Oeste do Brasil, Estado de Goiás (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Brasil – Estados da Federação.
Fonte: Seplan, 2011



Figura 2. Região Centro-Oeste do Brasil e região Sudoeste - Goiás
Fonte: Seplan, 2011

A Região Sudoeste de Goiás, que totaliza 26 municípios, foi subdividida pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás por meio do Plano Diretor de Regionalização. De acordo com esse critério, ficou definida a divisão da Região Sudoeste em I e II. A Figura 3 apresenta a região Sudoeste de Goiás, e a Figura 4 a região Sudoeste I de Goiás, após a divisão do referido Plano.



Figura 3. Região Sudoeste de Goiás.
Fonte: Seplan, 2011.

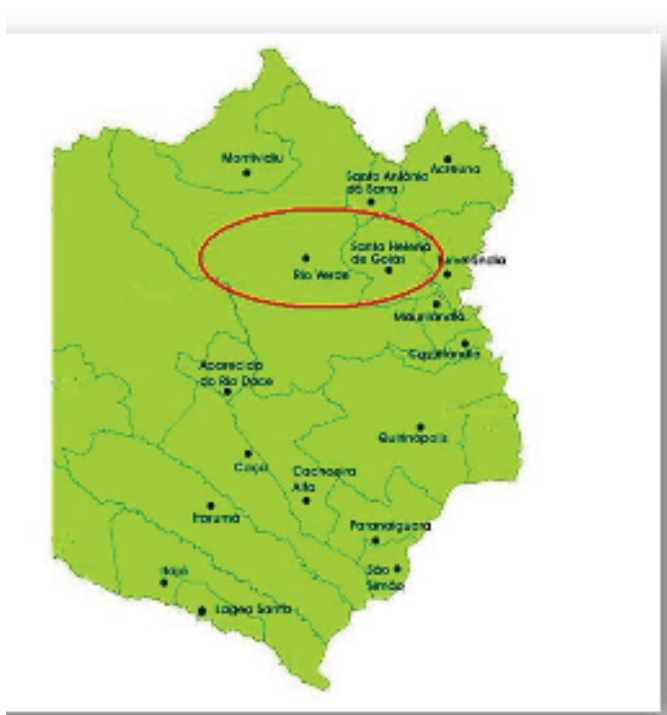


Figura 4. Região Sudoeste I Goiano
Fonte: SES, Região Sudoeste I Goiano, 2011.

A Região Sudoeste I é composta por 17 municípios que são: Acreúna (19.246 hab.), Aparecida do Rio Doce (2.871 hab.), Cachoeira Alta (8.235 hab.), Caçu (11.343 hab.), Castelândia (3.557 hab.), Itajá (5.528 hab.), Itarumã (5.490 hab.) Lagoa Santa (1.346 hab), Maurilândia (11.604 hab.), Montividiu (9.965 hab.), Paranaçu (7.862 hab.), Quirinópolis (39.756 hab.), Rio Verde (163.021 hab.),

Santa Helena de Goiás (36.336 hab.), Santo Antonio da Barra (4.295 hab.), São Simão (14.373 hab.) e Tuverlândia (4.068 hab.).

3.2 Região Sudoeste I – Municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás: Conselhos Municipais de Saúde e população

Os municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás, tem uma população e serviços de saúde expressivos na região Sudoeste I – GO. Rio Verde, considerada a maior cidade da região, é a referência dos municípios da região. Já o segundo município selecionado foi Santa Helena de Goiás que está na sua gestão plena do Sistema Municipal de Saúde e tem em seu território o maior Hospital Estadual de Urgências da região sudoeste goiana. Por esse motivo, está se tornando referência também para alguns serviços de saúde da alta complexidade.

O Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde é constituído por 16 (dezesesseis) Conselheiros/as, sendo 8 (oito) representantes dos usuários; 4 (quatro), dos trabalhadores em saúde; 3 (três) prestadores de serviços e 1 (um) gestor. A Figura 5 traz uma pirâmide com a composição do Conselho Municipal de Rio Verde.



Figura 5. Segmento de representação do Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde. Fonte: Atas do Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde. 2010.

O Conselho Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás é constituído por 12 (doze) Conselheiros/as titulares, sendo 6 (seis) representantes dos usuários; 3 (três), de trabalhadores de saúde, 2 (dois) de prestadores de serviços e 1 (um) gestor. A Figura 6 traz uma pirâmide com a composição do Conselho Municipal de Santa Helena de Goiás.



Figura 6. Segmento de representação do Conselho Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás.

Fonte: Atas do Conselho Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás. 2010.

Esta pirâmide (5 e 6) de representação, ilustra o Gestor no ápice, domínio, porém a base de sustentação são os usuários, e é neste sentido que esta pesquisa reforça o controle social como o alicerce para implementar as ações de saúde pública.

O Município de Rio Verde, segundo fonte do IBGE, apresenta 176.502 habitantes, com população feminina de 86.481 hab., representando 49% da população e está localizado na região Centro-Oeste do Brasil conforme a Figura 7 e Sudoeste do Estado de Goiás conforme apresentado na Figura 8 (IBGE, 2011). O município de Santa Helena de Goiás, segundo fonte do IBGE, apresenta 36.459 habitantes, com população feminina de 18.148 hab., o que corresponde a 49,7% da população, e está localizado na Região Centro-Oeste do Brasil e Sudoeste do Estado de Goiás também representados nas Figuras 7 e 8. (IBGE, 2010).



Figura 7. Brasil, Goiás
Fonte: Seplan, 2011



Figura 8. Mapa do Estado de Goiás – Destaque Rio Verde e Santa Helena de Goiás.
Fonte: Seplan, 2011.

O percentual de população feminina apresenta crescimento conforme dados do SEPIN (Superintendência de Estatísticas, Pesquisa e Informações Socioeconômicas) sendo que em 2007 eram 50,32% da população, e em 2008, esse percentual aumentou para 50,54%, no Estado de Goiás (SEPIN, 2008). Nos município de Rio Verde e Santa Helena de Goiás, a população feminina é representativa nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

3.3 Organização dos serviços de atenção básica de saúde em Rio Verde e Santa Helena de Goiás

Reduzir a morbimortalidade em mulheres por causas preveníveis e evitáveis é responsabilidade da Atenção Básica de Saúde caracterizada por diversas ações de saúde, tanto individuais como coletivas, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Visando ao atendimento a atenção básica à saúde, é importante descrever como está organizado. A atenção básica em Rio Verde e de Santa Helena de Goiás é desenvolvida pelas Equipes de Saúde da Família que em Rio Verde apresenta 21,87% e em Santa Helena de Goiás apresenta 100% de cobertura populacional, em que identificam que cerca de 30% da população são usuários de convênios de cooperativa ou medicina de grupo e a maioria, 70%, procuram atendimento no SUS em ambos os municípios (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

Em Rio Verde a Atenção Básica está constituída por 8 (oito) Equipes de Saúde da Família. Este modelo de atenção à saúde apresenta pequena cobertura populacional, desta forma é necessário utilizar o modelo assistencial de atendimento emergente ao doente, os Postos de Saúde, os quais fazem atendimento com demanda espontânea e não de promoção, proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas conforme a Estratégia de Saúde da Família (Figura 9).

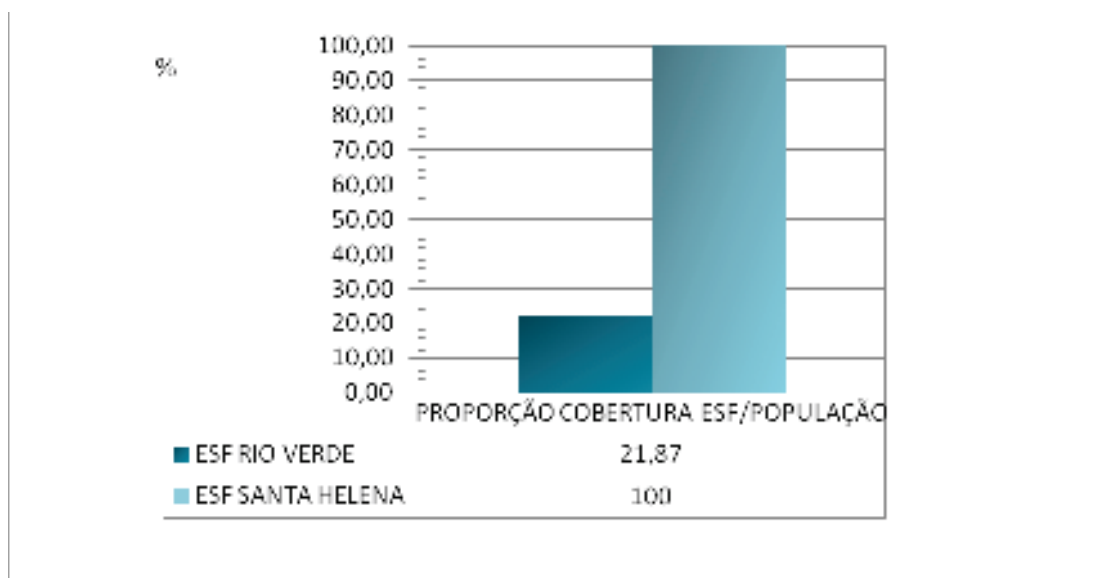


Figura 9. Percentual de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF) dos Municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás, em relação ao número de habitantes. Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Desta forma, como em Rio Verde não há cobertura populacional suficiente para atender a demanda na saúde da família (21,87%), há 12 Postos de Saúde, dos quais 3 (três) estão localizados nos Distritos de Lagoa do Bauzinho, Ouroana e Riverlândia e 9 (nove) estão no município. Há implantado, no município, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) com 5 profissionais: assistente social, farmacêutico, psicólogo, educador físico e nutricionista. A atenção primária desenvolve programas do Ministério da Saúde por meio dos CAPS II, CAPS AD, Saúde Bucal, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher e a imunização.

Quando se compara os Serviços de Saúde com a quantidade de habitantes do município, destacamos que há apenas 21,87% de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família no Município de Rio Verde, assim nesta mesma proporção que é desenvolvida a Saúde da Mulher na sua integralidade e o restante das mulheres do município (aproximadamente 80%) são atendidas no CAIS e Postos de Saúde do município, porém o atendimento destes serviços de saúde ocorre conforme a demanda espontânea, ou seja, apenas para as mulheres que buscam o atendimento, não havendo a busca ativa, prevenção e controle do território adstrito, conforme é desenvolvido na Estratégia Saúde da Família.

A Atenção Básica em Santa Helena de Goiás está constituída por 6 (seis) Unidades Básicas de Saúde onde estão implantadas 12 (doze) Equipes de Saúde da Família, representando 100% de cobertura populacional conforme a Figura 9, e 1 (um) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) com 5 (cinco) profissionais: assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo, educador físico e nutricionista.

O Ministério da Saúde preconiza a atenção básica de saúde em programas de Saúde nas seguintes áreas: saúde da mulher, saúde da criança, saúde da família, diabetes, hipertensão arterial, saúde bucal, tuberculose, hanseníase, saúde mental, doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, assistência farmacêutica e exames de diagnósticos. Todos estes programas são desenvolvidos nos municípios pesquisados.

Os Municípios estão habilitados na gestão plena do sistema de saúde, ou seja, são responsáveis pelos serviços de saúde SUS ofertados em seu território referentes à Atenção Básica, Média e Alta Complexidade ³, incluindo leitos hospitalares, cirúrgicos, UTI e outros.

A atenção municipal secundária à saúde em Rio Verde e Santa Helena de Goiás conta com a vigilância sanitária e epidemiológica, centro de zoonoses, centro de referência de hipertensão e diabetes. Já o atendimento terciário é pela rede Hospitalar em ambos os municípios.

Santa Helena de Goiás tem em seu território o Hospital de Urgência da região Sudoeste que é referência a toda região Sudoeste Goiana.

Desta forma, como breve resumo, o sistema está assim organizado: a atenção básica de saúde desenvolve a baixa complexidade, onde acontece o atendimento nas Equipes de Saúde da Família e Postos de Saúde, Atenção Secundária realizando a média complexidade onde há as Unidades de Referência especializadas, Vigilâncias entre outros citados acima, e a Atenção Terciária que é a Alta complexidade sendo realizada através da rede Hospitalar.

Finalmente a Rede Pública Municipal de Saúde está constituída conforme demonstram as Figuras 10 e 11:

³ Os Sistemas de Saúde organizam-se nos seguintes níveis de atenção: Atenção Primária à Saúde “Baixa complexidade”, Atenção Secundária à Saúde “Média complexidade”, Atenção Terciária à Saúde “Alta complexidade” (MENDES, 2001, p. 80).

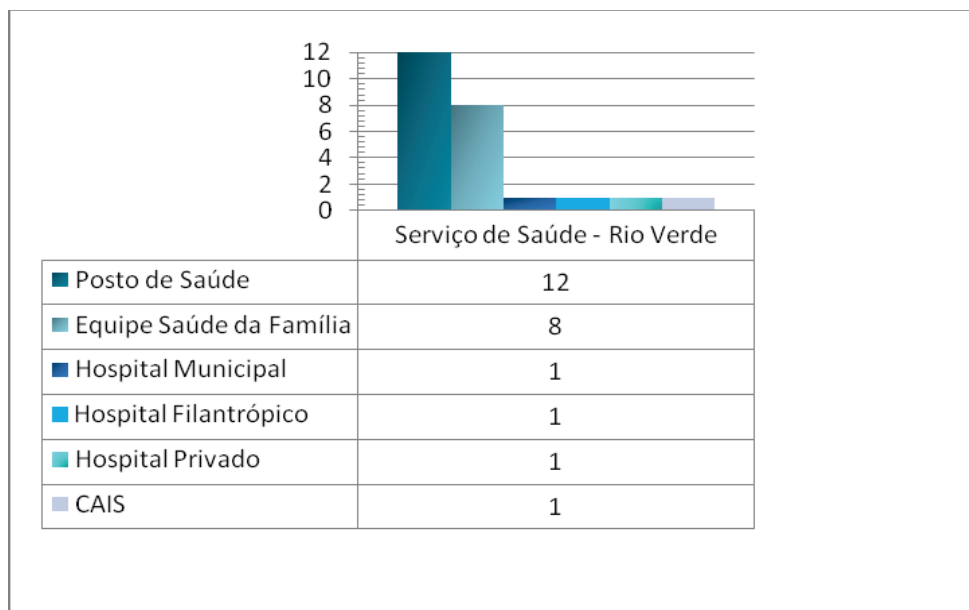


Figura 10. Serviços do sistema municipal de saúde no Município de Rio Verde.
Fonte: CNES, 2011

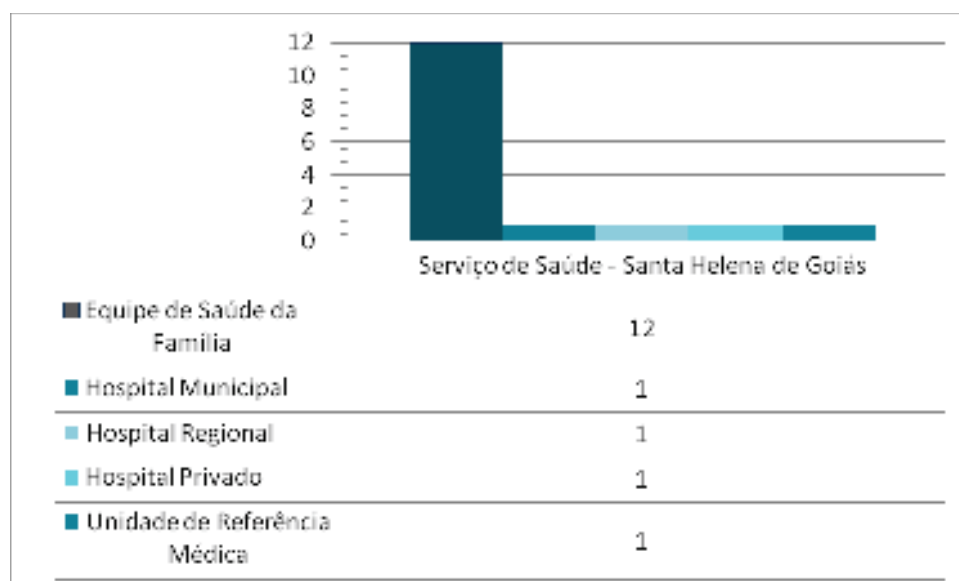


Figura 11. Serviços do sistema municipal de saúde no Município de Santa Helena de Goiás.
Fonte: CNES, 2011

Os Serviços de Saúde (Figuras 10 e 11) precisam ser avaliados e acompanhados pelos/as Conselheiros/as de Saúde Municipais, que são os representantes da sociedade civil, para que as ações tenham resultados com qualidade e resolutividade, pois a relação de saúde e doença é determinada por

um processo permanente e dinâmico com interação de diversos fatores relacionados com a qualidade de vida.

Desta forma devem-se avaliar as condições de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho, educação, ambiente físico, apoio social, práticas e comportamentos e atenção de saúde.

3.4 Conselhos Municipais de Saúde e as políticas de Saúde da Mulher e Saúde Ambiental

O Perfil epidemiológico da população dos Municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás constitui uma das referências para a definição de uma Política de Saúde para estes Municípios, tendo os Conselhos de Saúde a responsabilidade de abordar a discussão sobre a questão.

Quanto aos vários aspectos de saúde (Tabela em anexo), destaca-se a Saúde da Mulher, a qual registra alto índice de internações relacionadas com a gravidez, parto e puerpério na população de mulheres entre 15 a 19 anos (adolescente) e de 20 a 49 anos, porém o índice da população feminina entre 15 e 19 anos (71,0) está elevado em relação às outras faixas etárias. Pelos dados apresentados é evidente que a Saúde da Mulher precisa ser implementada, trabalhada, com ênfase no planejamento familiar, orientação e apoio de um profissional de saúde para avaliar qual é o método contraceptivo mais adequado ao estilo de vida dos parceiros. A gravidez na adolescência traz transtornos socioeconômicos e de comportamento.

Os dados referentes à Saúde da Mulher no município de Santa Helena de Goiás (Tabela em anexo) registram também alto índice de internações relacionadas com a gravidez, parto e puerpério na população de mulheres entre 15 a 19 anos (adolescente) e de 20 a 49 anos, porém o índice da população feminina entre 15 e 19 anos (56,8) está menor em relação ao do município de Rio Verde, porém também precisa implementar a Saúde da Mulher com ênfase no planejamento familiar.

Os municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás apresentam dados também alarmantes quando comparados por faixa etária e grupos de causas de doenças infecciosas-parasitárias e do aparelho respiratório, conforme as Tabela em anexo. Estes dados se referem à Vigilância em Saúde Ambiental, onde o foco dentre outros também é a qualidade de água e ar atmosférico. Podemos destacar que estas doenças infecciosas/parasitárias e respiratórias podem estar relacionadas a problemas ambientais, e conforme os dados analisados por documentos e entrevistas, não há fiscalização ativa por parte dos/as Conselheiros/as à Vigilância Ambiental.

Quanto a Saúde Ambiental nos Municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás as iniciativas são da Vigilância em Saúde, onde está implantada a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. São ações de coleta e análise de água (cloro, turbidez e coliforme totais) e cadastro/controlado ambiental das áreas de risco do município. As informações são coletadas no município pela Vigilância Sanitária e são enviadas para o Laboratório Público Estadual (LACEN) localizado em Goiânia.

Os resultados das análises de água são enviados aos Municípios, gerando assim, indicador de saúde voltado para o meio ambiente com base nos sistemas de informação VIGIPEQ, que é a vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos e o Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano, VIGIAGUA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Relacionado nesta pesquisa em Vigilância em saúde ambiental está a dengue que é um dos principais problemas de Saúde. No Estado de Goiás, em 2008, foram confirmados 37.118 casos de dengue, um aumento de 281,7% em comparação com 2007 (9.725 notificações). A Figura 12 apresenta a incidência de dengue por região do País de 1986 até o ano de 2008.

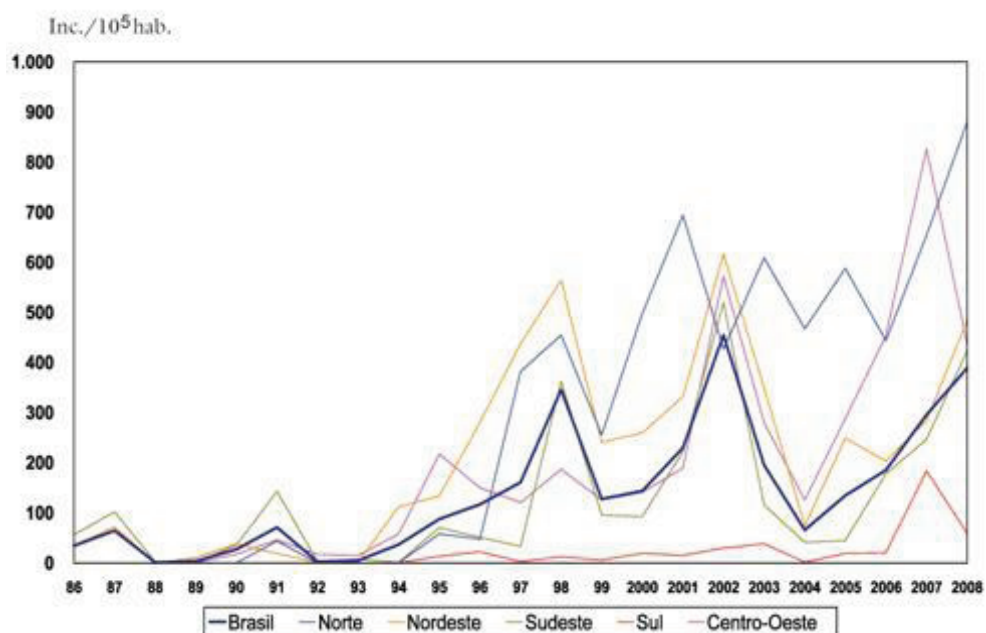


Figura 12. Incidência de dengue por região do País.
Fonte: SINAN, 2010

Desta forma a Figura 12 ilustra o aumento da incidência de dengue em todas as regiões do País.

A Tabela 1 traz dados recentes onde compara os Estados brasileiros em relação ao número de casos notificados de dengue e óbitos relacionados a doença.

Tabela 1. Comparativo de casos notificados de dengue entre janeiro e março de 2011, por região e unidade federada.

| País / Região / UF | Total de casos graves confirmados até a SE 26 | | % Variação | Total de óbitos confirmados até a SE 26 | | % Variação |
|---------------------|---|--------------|--------------|---|------------|--------------|
| | 2010 | 2011 | | 2010 | 2011 | |
| Norte | 1.054 | 769 | -27,0 | 40 | 40 | 0,0 |
| Rorônia | 341 | 26 | -92,4 | 18 | 3 | -83,3 |
| Acre | 50 | 29 | -42,0 | 4 | 2 | -50,0 |
| Amazonas | 129 | 487 | 277,5 | 2 | 18 | 800,0 |
| Roraima | 213 | 11 | -94,8 | 4 | 0 | -100,0 |
| Pará | 272 | 153 | -43,8 | 8 | 14 | 75,0 |
| Amapá | 4 | 31 | 675,0 | 2 | 0 | -100,0 |
| Tocantins | 45 | 32 | -28,9 | 2 | 3 | 50,0 |
| Nordeste | 2323 | 1.767 | -23,9 | 79 | 100 | 26,6 |
| Maranhão | 82 | 123 | 50,0 | 2 | 5 | 150,0 |
| Piauí | 95 | 68 | -28,4 | 5 | 2 | -60,0 |
| Ceará | 87 | 582 | 569,0 | 5 | 60 | 1100,0 |
| Rio Grande do Norte | 125 | 323 | 158,4 | 4 | 7 | 75,0 |
| Paraíba | 49 | 137 | 179,6 | 4 | 1 | -75,0 |
| Pernambuco | 677 | 241 | -64,4 | 17 | 8 | -52,9 |
| Alagoas | 369 | 34 | -90,8 | 15 | 6 | -60,0 |
| Sergipe | 21 | 39 | 85,7 | 0 | 1 | 100,0 |
| Bahia | 818 | 220 | -73,1 | 27 | 10 | -63,0 |
| Sudeste | 7.464 | 4.719 | -36,8 | 259 | 142 | -45,2 |
| Minas Gerais | 1.342 | 177 | -86,8 | 80 | 7 | -91,3 |
| Espírito Santo | 1.208 | 862 | -28,6 | 8 | 9 | 12,5 |
| Rio de Janeiro | 2.034 | 3232 | 58,9 | 33 | 85 | 157,6 |
| São Paulo | 2.880 | 448 | -84,4 | 138 | 41 | -70,3 |
| Sul | 233 | 301 | 29,2 | 13 | 13 | 0,0 |
| Paraná | 181 | 299 | 65,2 | 13 | 13 | 0,0 |
| Santa Catarina | 1 | 1 | 0,0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Rio Grande do Sul | 51 | 1 | -98,0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Centro Oeste | 3.609 | 542 | -85,0 | 163 | 13 | -92,0 |
| Mato Grosso do Sul | 1.759 | 114 | -93,5 | 41 | 3 | -92,7 |
| Mato Grosso | 858 | 32 | -96,3 | 47 | 4 | -91,5 |
| Goiás | 951 | 387 | -59,3 | 70 | 5 | -92,9 |
| Distrito Federal | 41 | 9 | -78,0 | 5 | 1 | -80,0 |
| UF IGNORADA | 2 | 4 | 100,0 | 0 | 2 | 200,0 |
| Brasil | 14.685 | 8.102 | -44,8 | 554 | 310 | -44,0 |

* Incidência por 100 mil habitantes.

** Casos importados.

Fonte: 2010 – Sinan-Net; casos prováveis, 2011 - SES/UF.

A Tabela acima apresenta comparativo dos Estados brasileiros, desta forma conforme os dados apresentados o Estado de Goiás quando comparados a outros estados do Centro Oeste apresenta o maior número de casos de dengue, porém quando comparado ao ano anterior traz redução no número de casos de dengue.

Conforme informações da Vigilância Epidemiológica de Rio Verde, em 2010 foram notificados 3.202 casos de Dengue e em 2011 até o mês de setembro apenas 485 notificação de Dengue, considerando desta forma controlada a situação de casos de dengue no município de Rio Verde.

Mesmo com a divulgação de baixos casos de dengue em 2011 em relação a 2010, Rio Verde está colocado em 7º lugar do Estado de Goiás, em casos de dengue (número de casos confirmados).

| Colocação | Município | Frequência |
|-----------|----------------------|------------|
| 1º lugar | Goiânia | 12.390 |
| 2º lugar | Aparecida de Goiânia | 4.703 |
| 3º lugar | Luziânia | 2.589 |
| 4º lugar | Anápolis | 2.397 |
| 5º lugar | Goianésia | 652 |
| 6º lugar | Jataí | 487 |
| 7º lugar | Rio Verde | 471 |
| 8º lugar | Trindade | 446 |
| 9º lugar | Senador Canedo | 390 |
| 10º lugar | Goiás | 380 |

Quadro 4 – Municípios com maior número de casos de dengue. Goiás, 2011 da semana 01 a 37 (01/01 a 17/09/2011).

Fonte: Planilha semanal/GVE/SUVISA/SES-GO

O Município de Santa Helena de Goiás não está entre os 10 Municípios com maior número de casos de dengue em 2011.

As condições socioambientais são favoráveis à expansão do *Aedes aegypti* e assim o avanço da doença na nossa região de estudo. Programas estão sendo desenvolvidos, com baixíssima ou mesmo nenhuma participação da comunidade, sem integração intersetorial e com pequena utilização do instrumental epidemiológico, por parte dos/as Conselheiros/as.

Destaca-se que há assuntos referentes à Vigilância em Saúde nos Conselhos, porém no sentido de aprovar propostas (Plano de Ação) já prontas, sem a participação dos/as Conselheiros/as na elaboração e sem vincular a ações de Vigilância Ambiental.

Apenas estas ações são desenvolvidas voltadas para a Saúde Ambiental, e assim, o saneamento básico, rede de esgoto não estão integrados às Políticas de Saúde dos Municípios.

Os dados constatados referentes à gravidez na adolescência, doenças respiratórias e parasitárias justificam uma atenção especial à Saúde da Mulher e a Saúde Ambiental nos dois Municípios, o que não foi identificado na pesquisa. (Tabelas em anexo e o Quadro 4).

Estes dados descritos no parágrafo acima se relacionam também com os principais problemas de saúde desta população, tais como doenças parasitárias/infecciosas e doenças referentes ao aparelho respiratório. Desta forma os Conselhos Municipais de Saúde precisam avaliar as condições de atendimentos, os programas que estão sendo desenvolvidos, porém não há relatos de discussões a respeito dos indicadores de saúde e do atendimento a população, onde a maioria dos assuntos tratados fica direcionada às Prestações de Contas.

Nos Municípios de Rio Verde e Santa Helena está implantado o Serviço de Saúde Público Municipal, porém necessita de uma maior ação conjunta dos/as Conselheiros/as municipais de saúde e Gestão Municipal da Saúde, de forma a garantir aos Usuários do Sistema Municipal de Saúde os programas assistenciais resolutivos e assim desenvolver as Políticas de Saúde da Mulher e Saúde Ambiental com qualidade conforme preconiza o Ministério da Saúde e o Programa de Saúde da Mulher.

Conforme os dados de morbidade apresentados, este estudo evidencia que a Atenção à Saúde primária precisa melhorar, desenvolvendo os programas essenciais conforme preconiza o Ministério da Saúde, e desta forma, ocorrer a participação ativa dos/as Conselheiros/as para que sejam implantadas e avaliadas as ações voltadas a esses Programas de Saúde.

3.5 Composição, estruturação e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de Rio Verde e Santa Helena de Goiás.

Os Conselhos Municipais de Saúde de Rio Verde e Santa Helena de Goiás foram criados em meados do ano 1993, porém somente em 2005 é que começaram a efetivar seus membros e a desenvolver as reuniões conforme registro nas Atas dos Conselhos Municipais de Saúde.

Predominam as mulheres na composição dos membros titulares do Conselho Municipal de Rio Verde. No ano de 2007 a 2008 as mulheres representavam 50% e, atualmente a composição é de 62,5% mulheres e 37,5% de homens. E, o Conselho Municipal de Santa Helena de Goiás no período de 2007 a 2008 era constituído por 25% mulheres e 75% de homens e no período de 2009 a 2010 era de 50 % mulheres e 50% de homens, o que demonstra em ambos os Municípios um aumento da participação feminina no controle social.

Assim deveria haver discussão voltada para a Saúde da Mulher, fato este que não ocorre dentro dos Conselhos Municipais de Saúde de Rio Verde e Santa Helena de Goiás, já discutido no item anterior desta pesquisa.

A Legislação estabelece a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde é composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde.

Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante às recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Baseando-se na legislação municipal vigente os segmentos dos Conselhos Municipais de saúde foram constituídos por meio de eleição e indicação.

Por meio das atas e documentos internos do período de 2007 a 2010, foi possível caracterizar o Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde e de Santa Helena de Goiás, sua constituição, estrutura, funcionamento e perfil de atuação.

| % de Representação | Segmento | Entidade |
|--------------------|---------------------------------------|--|
| 25% | Representante do Governo | <ul style="list-style-type: none"> • Representante do Órgão Municipal; • Representante do Órgão Estadual. |
| | Representante do prestador de serviço | <ul style="list-style-type: none"> • Representante prestador de serviço da Rede Filantrópica/Privada; • Representante prestador de serviço da Rede Pública. |
| 25% | Representante do Trabalhador de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Representante dos trabalhadores de saúde Sindiverde/Sindisaúde; • Representante dos médicos; • Representante dos trabalhadores de saúde; dos enfermeiros/farmacêuticos; • Representante dos odontólogos. |
| 50% | Representantes dos usuários | <ul style="list-style-type: none"> • Representante do clube de serviços Maçonaria/Abelhinhas/Rotary/Lions; • Representante da comunidade espírita; • Representante da pastoral da saúde; • Representante dos portadores de deficiência; • Representante das associações de bairros; • Representante do movimento popular; • Representante dos portadores de patologias; • Representante dos usuários – aposentados e pensionistas. |

Quadro 5 – Composição dos Conselhos Municipais de Saúde, segundo porcentagem de representação por segmento e entidades representadas de Rio Verde -2010.

Fonte: Atas do Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde-2010

Em Santa Helena de Goiás os segmentos foram determinados por Lei Municipal da forma como está descrito no Quadro 6.

| % de Representação | Segmento | Entidade. |
|--------------------|---------------------------------------|---|
| 25% | Representante do Governo | <ul style="list-style-type: none"> • Representante da Secretaria Municipal de Saúde; |
| | Representante do prestador de serviço | <ul style="list-style-type: none"> • Representante prestador de serviço Rede Privada - Hospital Privado; |
| 25% | Representante do Trabalhador de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Representante prestador de serviço Rede Pública – Hospital Municipal; • Representante profissional de saúde servidor comissionados; • Representante profissional de saúde servidor credenciados; • Representante profissional de saúde servidor efetivos. |
| 50% | Representantes dos usuários | <ul style="list-style-type: none"> • Representante das associações de bairros; • Representante do Sindicato dos Trabalhadores; • Representante do clube de serviços Maçonaria/Abelhinhas/Rotary/Lions; • Representante das entidades religiosas; • Representante do Sindicato Patronal; • Representante dos Idosos e portadores de deficiência; |

Quadro 6 – Composição dos Conselhos Municipais de Saúde, segundo porcentagem de representação por segmento e entidades representadas de Santa Helena de Goiás-2010.

Fonte: Atas do Conselho Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás-2010

Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde, conforme apresentado nos Quadros 5 e 6, são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destaca-se que em muitas das vezes é difícil a composição com entidades da Sociedade Civil por que elas não estão organizadas no Município.

Observando ainda (Quadros 5 e 6), dos municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás, é evidente que a representação dos trabalhadores de saúde é constituída pelos próprios funcionários públicos do Município e não por meio de

representação das Entidades profissionais ou dos sindicatos, com exceção do município de Rio Verde que apresenta na sua constituição representante de sindicatos, porém esta representação foi excluída da pesquisa por não haver presença nas reuniões.

Este fato traz como consequência a falta de liberdade de expressão, ocasionando um desvirtuamento na atuação do/a profissional de seu papel e ação como Conselheiro/a, principalmente no que se refere à autonomia de questionar e fiscalizar – estão fiscalizando aquele que é responsável pelo seu contrato de trabalho numa região onde as oportunidades profissionais são restritas ao serviço público.

Destaca-se que, por outro lado, a participação dos/as usuários/as é pequena no exercício como Conselheiro/a e a sua representação é difusa, essa designação é feita pelas associações comunitárias, em outras ocasiões, por eleições em assembleias ou pela designação de instâncias institucionais da política de saúde.

Essa situação indica um desvirtuamento do papel institucional definido para os Conselhos, devendo dessa forma, serem revistas as representações por parte dos usuários, pois na sua maioria são pessoas que não são qualificadas, e que não dispõem de tempo hábil para participar de capacitações oferecidas pelo poder público, portanto, apresentam-se despreparadas para cumprir o seu papel.

O Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde é composto por 16 (dezesesseis) Conselheiros/as Titulares e 16 Conselheiros/as Suplentes. O Conselho Municipal de Santa Helena de Goiás é composto por 12 Titulares e 12 Suplentes (Figura 13).

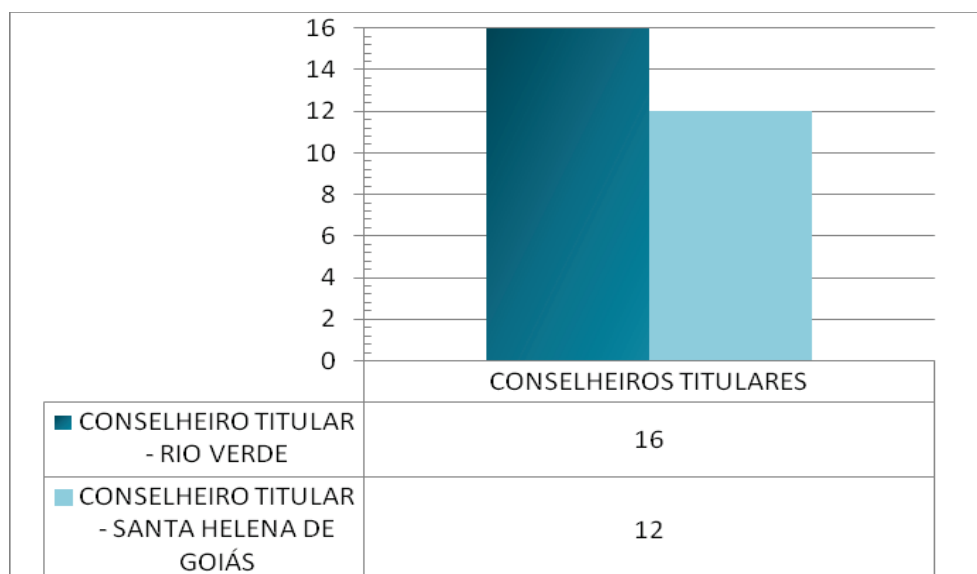


Figura 13. Composição dos Conselhos Municipais de Saúde de Rio Verde e Santa Helena de Goiás – Região Sudoeste I, 2010.

O número de Conselheiros/as, de Rio Verde e Santa Helena de Goiás, foram indicados pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, e definido em Lei Municipal apresentados na Figura 13.

Para ilustrar a composição/representações dos Conselhos de Saúde de Rio Verde e de Santa Helena de Goiás conforme Figura 14.

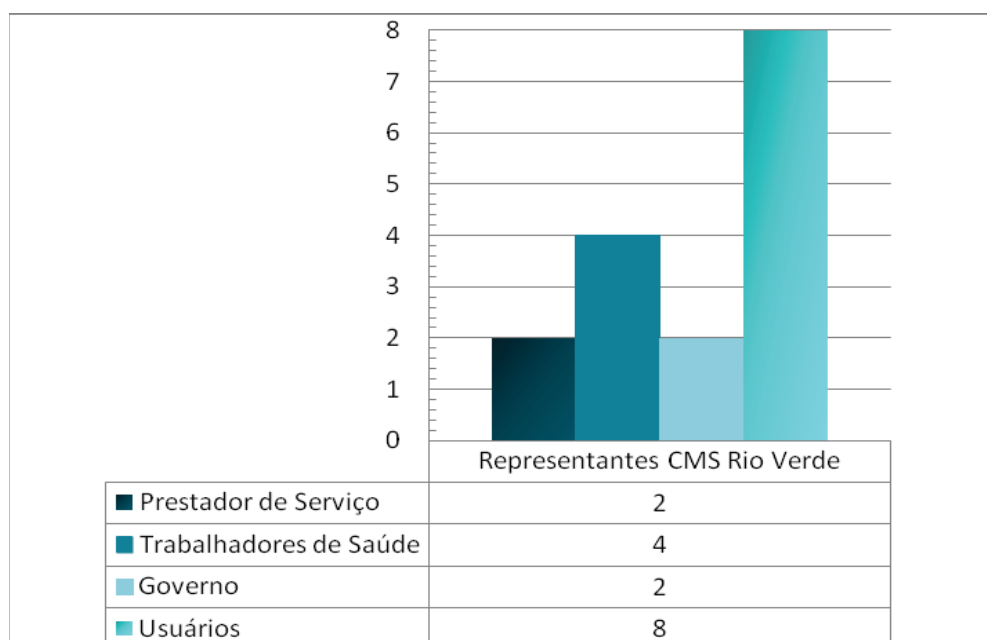


Figura 14. Representação do Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde. Fonte: Atas do Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde - 2010.

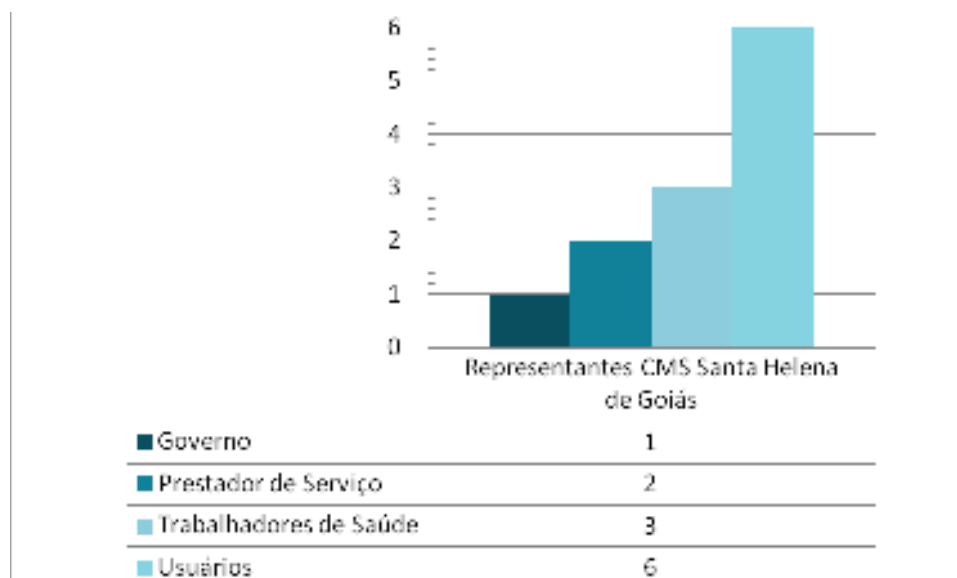


Figura 15. Representação do Conselho Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás.
Fonte: Atas do Conselho Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás, 2010.

Os Conselhos de Saúde dos Municípios estudados, no que concerne à composição, seguem a legislação que estabelece paridade na composição de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos (Figuras 14 e 15), porém quanto à representatividade deixa a desejar nos dois Municípios porque os representantes dos trabalhadores de saúde são funcionários públicos (Quadros 5 e 6).

Quanto à estrutura física e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde constatou-se que não há prédio/sala própria, por isso as reuniões são realizadas em locais públicos, dependendo da disponibilidade da sala de reuniões.

Esta situação é identificada nas declarações de Conselheiros/as quanto à dificuldade de discutir junto aos gestores a situação da estrutura e funcionamento dos Conselhos, pois alegam que por diversas vezes fizeram a solicitação, porém não conseguiram efetivá-la

Precisa melhorar, porque a gente não tem a sala [...] nunca a reunião é no mesmo lugar, nós já reivindicamos lá, até por escrito mesmo, porque a gente queria ter uma sala para a população participar, mas cada vez a reunião é num lugar, uma hora eles ligam falando que é no CAIS, outra hora é na antiga câmara municipal. (Ent. A03).

A estrutura do conselho é precária, nós não temos uma sala para desenvolvermos nosso trabalho, embora fosse cobrado isso, é questão de regimento, e outros Conselheiros têm cobrado uma sala para desenvolver um trabalho voltado para sociedade. É fundamental que a sociedade tenha conhecimento do nosso trabalho. (Ent. A09).

Sobre a estrutura e funcionamento dos Conselhos, a Resolução 333/2003 traz como diretriz que os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa.

Nos dois Municípios, os Conselhos não apresentam essa estrutura administrativa, no entanto, existem os Blocos de financiamento⁴, conforme a Portaria 698/GM de 28 de março de 2006, em especial o Bloco de Gestão que pode ser utilizado como um de seus componentes ao Incentivo à Participação do Controle Social (BRASIL, 2006). Este fato deixa a pergunta: onde estão sendo investidos estes recursos financeiros?

Por outro lado, a Resolução 333/2003 define a participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, e torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

Quanto ao funcionamento do Conselho de Saúde, conforme definido na Resolução 333 de 04 de novembro de 2003, deve se reunir, no mínimo, uma vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário. O regimento interno é à base do Conselho Municipal de Saúde. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos Conselheiros/as com antecedência.

Segue abaixo o demonstrativo das reuniões que ocorreram no período estudado (Quadro 7).

⁴ Conforme a portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007. “[...] O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde”. Art. 3º “Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento”. Parágrafo único. “Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados”. Art. 4º “Estabelecer os seguintes blocos de financiamento: I - Atenção Básica; II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III - Vigilância em Saúde; IV - Assistência Farmacêutica; e V - Gestão do SUS”. [...] Seção V “Do Bloco de Gestão do SUS Art. 28. O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema”. [...] VII – “Incentivo à Participação e Controle Social” (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

| MUNICÍPIOS | ANOS | | | | | | | |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
| | Ord. | Ext. | Ord. | Ext. | Ord. | Ext. | Ord. | Ext. |
| Rio Verde | 06 | 01 | 06 | - | 10 | 06 | 09 | 02 |
| Santa Helena de Goiás | 11 | 02 | 10 | 05 | 11 | 01 | 08 | 0 |

Quadro 7 – Número de reuniões ordinárias e extraordinárias dos Conselhos Municipais de Saúde de Rio Verde e Santa Helena de Goiás – 2007 a 2010.

Fonte: Atas aprovadas pelos Conselhos Municipais de Saúde no período de 2007 a 2010.

As reuniões plenárias apresentadas no Quadro 7 são abertas ao público, porém a população não tem o hábito de comparecer às reuniões, a pesquisa identificou como principal fator a corroborar neste sentido a falta de estrutura física e a falta de divulgação das reuniões por parte dos/as Conselheiros/as.

Sabendo-se que as reuniões devem ocorrer uma vez por mês, conforme a legislação vigente, o Quadro 7 demonstra o baixo número de reuniões ordinárias nos municípios pesquisados.

Os/as Conselheiros/as são eleitos e/ou indicados dependendo da sua representação, conforme o regimento interno, com um mandato de 2 (dois) anos, não devendo coincidir com o mandato do Governo Municipal, sugere-se a duração de 2 (dois) anos, podendo os/as Conselheiros/as serem reconduzidos, a critério das respectivas representações (Brasil, 1990).

No período estudado houve mudança nos Conselhos, conforme a vigência de cada mandato de Conselheiros/as, pois os períodos estudados foram de quatro anos e o mandato dos Conselheiro/as são de dois anos conforme descrito acima.

Outro problema de funcionamento identificado na pesquisa é referente à eleição para substituição dos/as Conselheiros/as a compor o Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde, que foi no dia 22 de outubro de 2009. Foram substituídos apenas os representantes do governo, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde, permanecendo apenas os representantes dos usuários, este fato se explica com a mudança do Governo Municipal.

A Resolução 333/2003 determina que o mandato dos/as Conselheiros/as é definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo

Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os/as Conselheiros/as serem reconduzidos, a critério das respectivas representações.

Não houve mudança/substituição dos/as Conselheiros/as de Santa Helena de Goiás, no mesmo período acima descrito, do município de Rio Verde, pois a Prefeita foi reeleita, não havendo, portanto, mudança na Gestão Municipal de Saúde.

O Secretário Municipal de Saúde é o Presidente do Conselho em ambos os Municípios, em Santa Helena existe a Lei Municipal nº 1.911, de 10 de Abril de 1997, que determina ser o Secretário Municipal de Saúde o Presidente do Conselho Municipal de Saúde, fato que causa questionamento em um dos Conselhos e, no outro a aceitação pela maioria dos/as Conselheiros/as, mesmo assim, o Secretario de Saúde é efetivamente o Presidente.

A Resolução 333/2003 traz o seguinte texto: “o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária”.

Na entrevista, conforme a entonação de voz e o comportamento dos/as Conselheiros/as entrevistados percebeu-se a insatisfação quanto ao Secretário Municipal da Saúde ser o presidente do Conselho Municipal de Saúde, e referem este fato ser uma imposição, mesmo em eleição

O presidente foi eleito dentro do Conselho, só que em geral o secretário ele já se dispõe a ser, ele não pede, ele impõe isto [...]. (Ent. 06).

Desta forma os/as Conselheiros/as sugerem a mudança desta situação

A mudança do Presidente do Conselho ser desvinculada do Secretário de Saúde, porque isto acaba pressionando os Conselheiros de alguma forma, principalmente os trabalhadores. (Ent. A08).

Constata-se nos documentos que é predominante a fala do Presidente do Conselho que coloca os assuntos em pauta, e os/as Conselheiros/as, nas mais das vezes, se manifestam aprovando os assuntos propostos, e justificam esta situação (Ent. 008).

Ficou evidente, nas Atas e documentos, o predomínio de intervenções dos representantes do Governo e reduzida a participação dos trabalhadores, fato que

pode ser explicado pela proximidade nas relações de trabalho na Prefeitura Municipal, receio já percebido nas Entrevistas e nos Relatos (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 – Distribuição da quantidade de intervenções dos/as conselheiros/as de Rio Verde conforme o segmento de representatividade - 2007 a 2010.

| Representação/Segmento | 2007-2008 | 2009-2010 |
|---|------------------|------------------|
| Representante do Governo | 76,4% | 74,8% |
| Representante dos prestadores de serviços | - | 4,6% |
| Representante dos trabalhadores de saúde | 16,3 % | - |
| Representante dos usuários | 7,3% | 20,6% |
| Total | 100% | 100% |

Fonte: Atas aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde no período de 2007 a 2010.

Tabela 3 – Distribuição da quantidade de intervenções dos/as conselheiros/as de Santa Helena de Goiás conforme o segmento de representatividade - 2007 a 2010.

| Representação/Segmento | 2007-2008 | 2009-2010 |
|---|------------------|------------------|
| Representante do Governo | 76,0% | 87,82% |
| Representante dos prestadores de serviços | - | 4,08% |
| Representante dos trabalhadores de saúde | 12,0% | 2,00% |
| Representante dos usuários | 12,0% | 6,1% |
| Total | 100% | 100% |

Fonte: Atas aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás no período de 2007 a 2010

As Tabela 2 e 3 trazem novamente a percepção de que os representantes dos trabalhadores de saúde estão reduzindo suas intervenções ou até não participando das discussões de saúde nos Conselhos Municipais de Saúde, porém no município de Rio Verde cresce as discussões de saúde por parte dos representantes dos usuários, ilustrando melhor a participação dos/as Conselheiros/as por meio do discurso e intervenções por setor de representação (Figura 16).

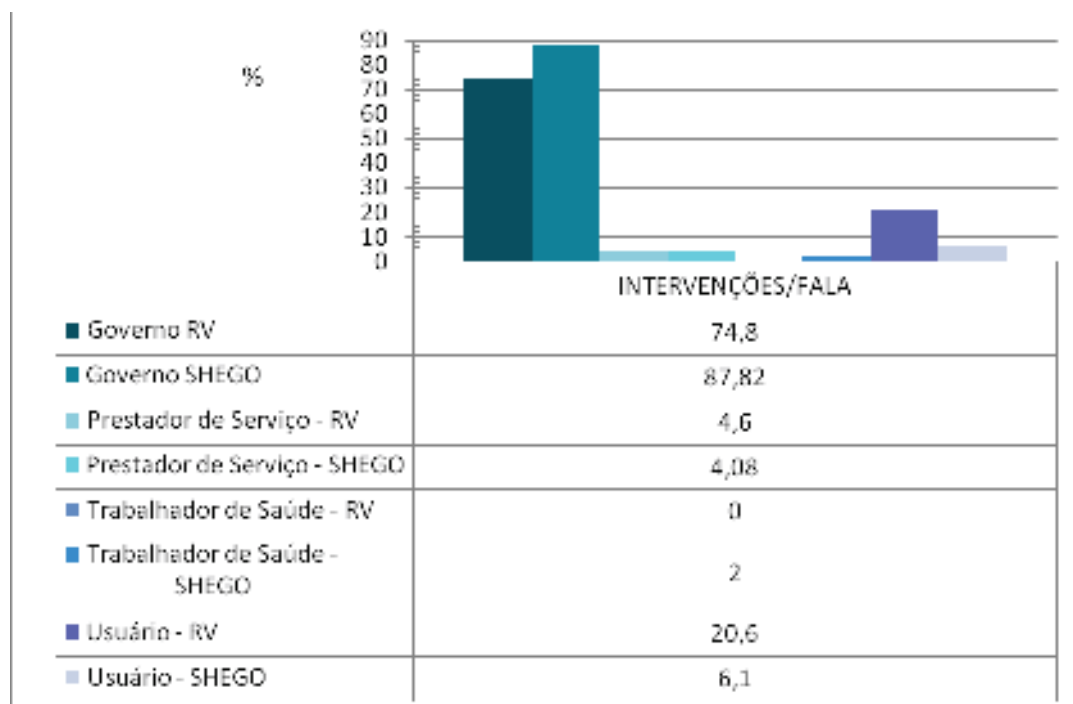


Figura 16. Comparativo de intervenções durante as reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde de Rio Verde e Santa Helena de Goiás (2007-2010).

Fonte: Atas dos Conselhos Municipais de Saúde de Rio Verde (RV) e Santa Helena de Goiás (SHEGO).

A Figura (16) compara as intervenções realizadas nas reuniões dos Conselhos de Rio Verde e Santa Helena de Goiás no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010, possibilitando comparar as intervenções dos/as Conselheiros/as dos dois Municípios durante as reuniões.

Assim evidencia que os representantes do governo de Rio Verde predominam as intervenções, e anulam a participação dos trabalhadores de saúde, porém a representação dos usuários, no município de Rio Verde, apresenta uma proporção bem maior que de Santa Helena de Goiás, desta forma a pesquisa apresenta não apenas nas intervenções, que são informações retiradas as Atas e documentos dos Conselhos Municipais de Saúde, mas também a percepção por meio das entrevistas, que os/as Conselheiros/as representantes dos usuários de Rio Verde, têm maior conhecimento e atuação quando comparados com os de Santa Helena de Goiás.

A Figura 17 e 18 apresenta a freqüência dos conselheiros nas reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde de Rio Verde e Santa Helena de Goiás.

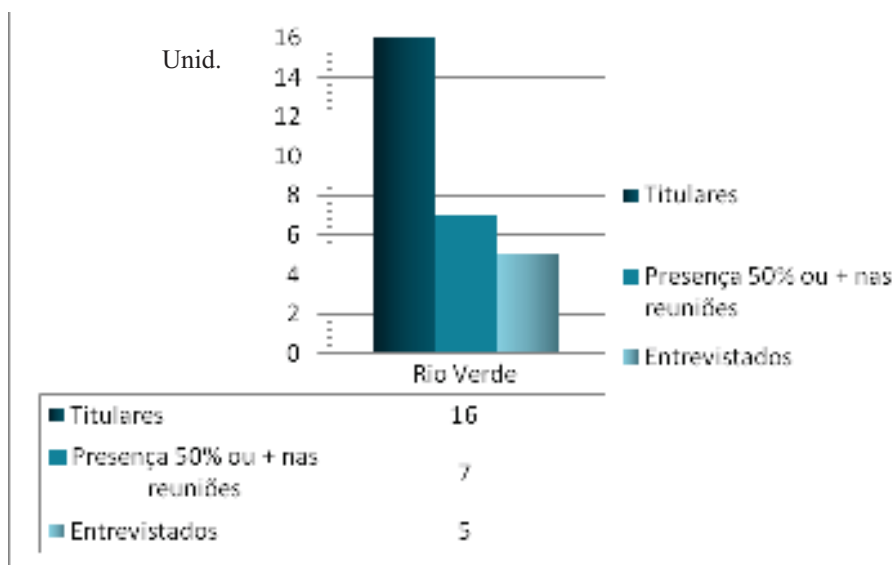


Figura 17. Frequencia do Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde.
Fonte: Atas do Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde - 2007 a 2010.

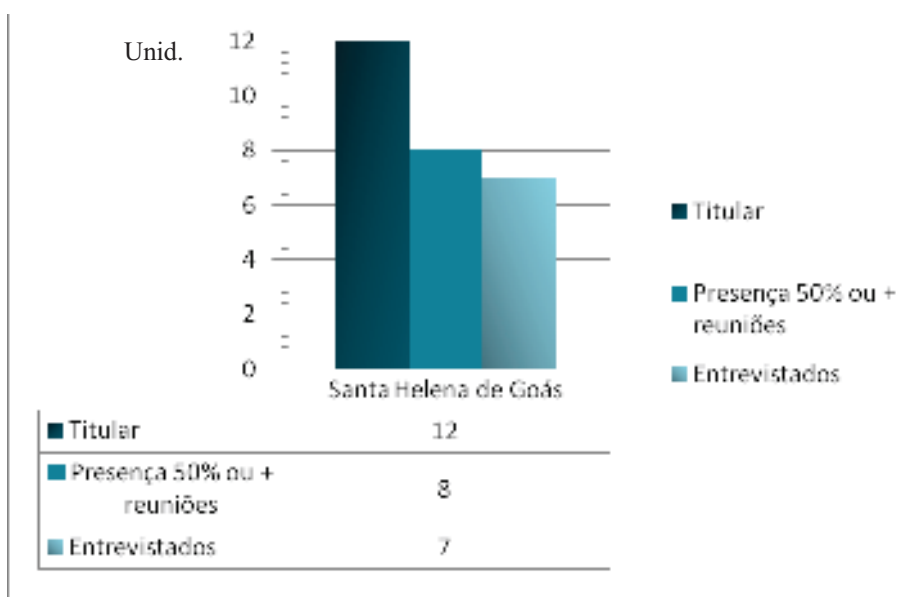


Figura 18. Frequencia do Conselho Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás.
Fonte: Atas do Conselho Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás, 2007 A 2010.

A frequência dos/as Conselheiros/as nas reuniões pode ser vista nas Figuras 17 e 18, que demonstram assiduidade baixa nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde dos municípios estudados.

Comparando a assiduidade dos/as Conselheiros/as dos Municípios pesquisados, observa-se que há uma maior assiduidade e participação dos/as Conselheiros/as do município de Santa Helena de Goiás (Figuras 17 e 18).

Ainda quanto ao funcionamento dos dois Conselhos, sempre que tem algum projeto ou assunto relevante, o Conselho convida a pessoa/funcionário

responsável para esclarecer sobre o assunto, porém houve depoimento de/a Conselheiro/a que alegou receber os documentos/projetos prontos, sem discussão, apenas para aprovação: “Nada foi decidido dentro do Conselho [...], já vem tudo pronto”. (Ent. 11).

Resumindo, a composição dos Conselhos Municipais de Saúde de Rio Verde e Santa Helena de Goiás é paritária, porém a representação ocorre de forma difusa referente aos representantes dos trabalhadores de saúde, deixando esta classe desprovida de força para intervenção. Não há estrutura física nem administrativa nos Conselhos pesquisados, e no funcionamento os/as Conselheiros/as dos municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás, estão com baixa assiduidade nas reuniões, há domínio nas intervenções dos representantes do Governo e há baixo número de reuniões ordinárias registradas nas Atas, não cumprindo, portanto, a legislação.

Enfim, a composição, estruturação e o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Sudoeste I, estudados nesta pesquisa, não correspondem à Legislação, conforme enfatizado no decorrer desta dissertação. Torna-se necessário implementar a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando verdadeiramente o controle social, que significa conhecer as políticas e programas existentes e, a partir daí, atuar na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

3.6 Perfil dos/as conselheiros/as e representação nos Conselhos Municipais de Saúde e os assuntos referentes ao tempo e à atuação do/a conselheiro/a de saúde nos Municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás.

Todos os/as 12 Conselheiros/as dos municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás, que participaram da pesquisa, têm idade superior a 30 anos e 7 deles (58,3%) têm curso superior completo, 3 (25%) ensino médio e 2 (16,7%) ensino fundamental. E, deles, a metade, 6 (50%) são Conselheiros/as que participam do Conselho Municipal de Saúde/CMS pela primeira vez, 3 (25%) pela

segunda vez; 1 (8,3%) pela terceira vez e 2 (16,7%) pela quarta vez. Ainda comparando no geral os entrevistados, 7 (58,3%) são representantes dos usuários, 4 (33,3%) dos trabalhadores de saúde, e 1 (8,4%) representante do Governo Municipal. Constata-se, portanto, que houve uma renovação dos/as Conselheiros/as, mas ainda 7 (sete) deles tem mais tempo de experiência de outros mandatos no Conselho Municipal de Saúde.

Para demonstrar melhor e apresentar o número de participantes da pesquisa e o seu segmento de representação nos municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás (Figuras 19 e 20).

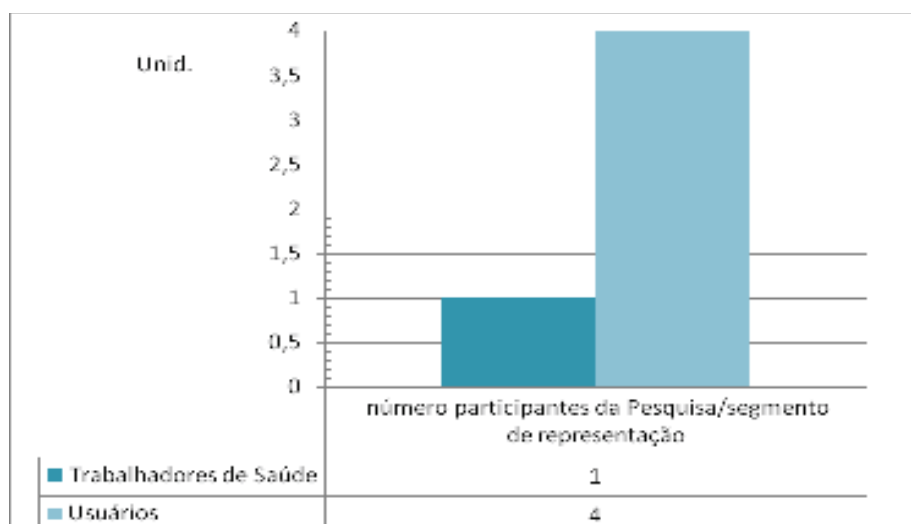


Figura 19. Participantes da pesquisa e o segmento social que representa no Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde (2010).

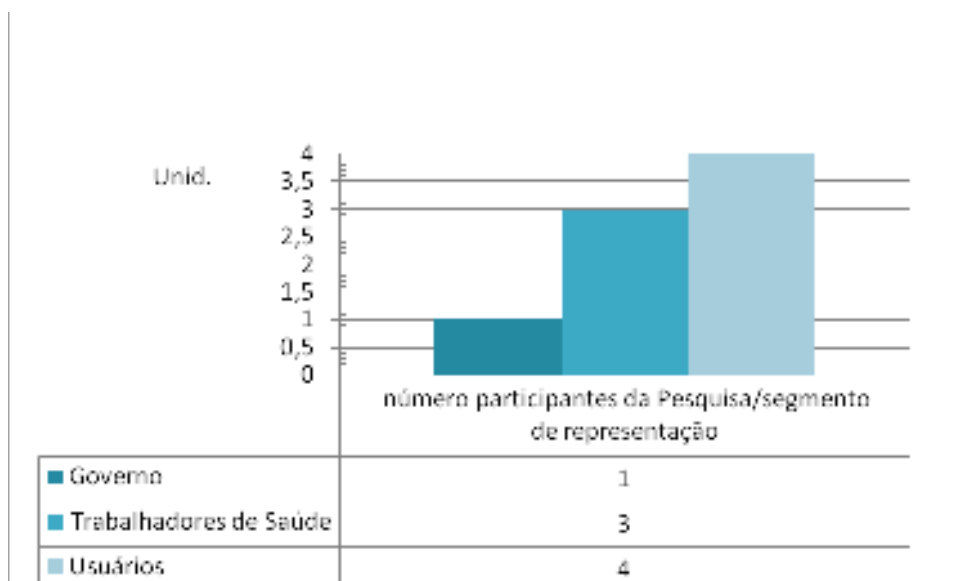


Figura 20. Participantes da pesquisa e o segmento social que representa no Conselho Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás (2010).

Os Prestadores de Serviços não participaram da pesquisa nos dois municípios pesquisados, alegaram falta de tempo e de disponibilidade. Ressaltam que nos dois Conselhos os prestadores de serviços são profissionais médicos, representantes de hospitais privados credenciados pelo SUS (Figura 19 e 20).

A dinâmica, as ações e fiscalizações do Conselho de Rio Verde acontecem principalmente pela ação dos/as Conselheiros/as que representam os usuários, embora com participação reduzida, pois estes buscam as informações para exercer suas funções e não conseguem apoio para realizar esta ação.

Então nós já montamos uma equipe, mas na verdade, tem que dar mais apoio para a gente fiscalizar, a gente teve que ir no carro da gente mesmo fiscalizar e a gente já pediu por escrito para que fornecessem um carro identificado, para a gente ir aos postinhos, mas isso não aconteceu. (Ent. A03).

É unânime o posicionamento dos/as Conselheiros/as de Rio Verde e Santa Helena de Goiás, quando afirmam que um Conselho Municipal de Saúde, quando atuante, pode melhorar a vida da população, e 83% se declararam atuantes como Conselheiros/as, embora contradizendo o conteúdo das atas, no que se refere às intervenções. Afirmaram também que há grupos que trabalham e votam juntos, e

75% deles/as declararam participar das discussões sempre que o Presidente apresenta os temas.

Se ele atuasse sim, mas atualmente a gente falha muito, quando o conselheiro começa a entender o papel dele, ele fica viciado [...], pois nosso papel é tão grande [...]. (Ent. A06).

Já fui mais atuante, as decepções que a gente vai tendo, você quase que para de agir, mas a gente tá retomando o papel que a gente tem que participar mesmo, porque atuação é discussão na base da gente [...], cada gestor tem um jeito de atuar, ele não fala do problema, ele põe o problema em votação, é diferente, inclusive nós vamos elaborar algumas propostas vindas da periferia, acho que é assim que a gente cresce, nós não estamos lá para ajudar o secretário, nós estamos lá para fiscalizar, papel do conselheiro não é ajudar o secretário ou o presidente, a gente não está lá nem para ser contra ou a favor, estamos lá para ouvir e dar opiniões, quando nós somos indicados estamos lá para isso. (Ent. A06).

Em 2011 houve a Conferência de Saúde nos Municípios, preparatória para a 14ª Conferência Nacional de Saúde, e nela as propostas foram voltadas aos interesses individuais e apenas em nível Municipal, tais como aumento salarial de determinado setor, aquisição de veículo e a proposta de formação de Conselhos Municipais de Saúde setorializados, ou seja, por bairro, o que revela a falta de compreensão do caráter dos Conselhos e de informação em nível municipal quanto ao papel e atuação dos/as Conselheiros/as.

As Conferências de Saúde são realizadas a cada quatro anos, são espaços destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS; propor encaminhamento de propostas para melhorar, cada vez mais, o SUS, porém apenas 58,3% dos/as Conselheiros/as entrevistados/as (Rio Verde e de Santa Helena de Goiás) participaram das Conferências Municipais de Saúde, demonstrando mais uma vez uma distorção na forma de constituir o Conselho.

Quanto aos assuntos e nível de informações apresentadas nas reuniões, constatou-se que não há registro em atas relativas a esclarecimentos sobre as Políticas de Saúde e nem discussão sobre assuntos voltados ao conhecimento do SUS, regionalização e descentralização. Dessa forma, apenas 66% dos/as Conselheiros/as conhecem o Plano Diretor de Regionalização; 50% conhecem a NOAS 01/01, 75% conhecem o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde. Nas reuniões, segue-se a rotina de, primeiramente, aprovar a ata da

reunião anterior, para seguir com a pauta pré-estabelecida em ambos os Conselhos.

O Regimento Interno do Conselho Municipal de Rio Verde foi elaborado e enviado para análise no dia 10 de junho de 2010. A Lei de criação do Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde é de 1993, porém até junho de 2010 não havia Regimento Interno.

Um fato que cabe registrar envolvendo a aprovação do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde e que está registrado em Ata é que a Secretária do Conselho enviou com antecedência a minuta do regimento interno, porém os/as Conselheiros/as alegaram não terem realizado a leitura anteriormente e não estariam aptos a votar o referido regimento interno. No entanto, por dificuldades para obter o quórum, todos resolvem aprovar e agendar uma data para discussão que resultou na alteração de várias partes do Regimento, na Composição e funcionamento: “Seção I composição art. 13º inserção: podendo ser reconduzido quantas vezes a entidade achar necessário”.

O Comentário sobre esta imposição demonstrou a atenção e o interesse dos usuários Conselheiros/as de Rio Verde em participar ou em se manifestar, atitude que se espera de um Conselho Municipal de Saúde e que reflete na discussão, avaliação e fiscalização da implementação dos Programas de Saúde.

Neste sentido, comparando mais uma vez a atuação dos/as Conselheiros/as do Município de Rio Verde com os/as de Santa Helena de Goiás, a partir dos textos registrados nas Atas cruzados e com as informações das entrevistas, constata-se que os representantes dos usuários do Município de Rio Verde têm mais conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde, e sobre a importância do Conselho Municipal de Saúde.

Os dados das Tabela 4 e 5 possibilitam estabelecer um paralelo entre os assuntos pautados em duas gestões do Conselho, registrados em ata no Conselho Municipal de Rio Verde e de Santa Helena de Goiás no primeiro mandato de 2007–2008 e no segundo de 2009–2010.

Tabela 4 – Assuntos tratados nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde do Município de Rio Verde – 2007 A 2010.

| Assuntos Registrados /Ano | 2007-2008 | 2009-2010 |
|--|------------------|------------------|
| Assuntos diversos (nutricionista, internação domiciliar, deficiência auditiva, CAPS, Hospital de Câncer) | 0% | 9,5% |
| Atenção básica (ESF, tabagismo, adolescente, Programa Saúde na Escola, saúde do homem, hipertensão, saúde bucal) | 7,04% | 27,37% |
| Conselho Municipal de Saúde (capacitação e substituição de Conselheiros, regimento interno, conferências) | 6,97% | 19,05% |
| Funcionários públicos (credenciamento, salário) | 9,29% | 2,4% |
| Farmácia básica (Farmácia popular, medicamentos) | 2,32% | 5,95% |
| Rede Hospitalar (Hospital municipal, SAMU, UTI e UPA) | 6,97% | 5,95% |
| Ouvidoria, auditoria, fiscalização, denúncias. | 6,97% | 8,33% |
| Documentos de Planejamento de gestão (Plano Municipal de Saúde, Programação pactuada integrada (PPI), Relatório de gestão, Termo de compromisso de gestão) | 16,26% | 5,98% |
| Prestação de contas (financeiras) | 20,93% | 8,33% |
| Vigilância em Saúde (dengue, HIV, manejo ambiental, Chagas, meningite, vacinação, preservativo) | 23,25% | 7,14% |
| Total | 100% | 100% |

Fonte: Atas aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Rio Verde no período de 2007 a 2010.

Há domínio do assunto atenção básica de saúde no município de Rio Verde no sentido de implantação de mais equipes no Município, e não de implementar as Políticas de Saúde da Mulher e Ambiental nas equipes já implantadas, visto que a cobertura populacional de ESF no município é baixa, conforme apresentado na Figura 9. Outro assunto que melhorou comparando as duas gestões pesquisadas no município de Rio Verde é referente ao controle

social, no que tange as Conferências de Saúde e capacitações para Conselheiros/as.

Tabela 5 – Assuntos tratados nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde do Município de Santa Helena de Goiás – 2007 a 2010.

| Assuntos Registrados /Ano | 2007-2008 | 2009-2010 |
|---|------------------|------------------|
| Assuntos diversos (gestão plena de saúde) | 0% | 2,04% |
| Atenção básica (ESF, processo seletivo ACS, Concurso Municipal para AB, NASF, saúde bucal) | 17,23% | 16,32% |
| Conselho Municipal de Saúde (capacitação e substituição de Conselheiros/as, regimento interno, conferências) | 17,23% | 6,12% |
| Funcionários públicos (credenciamento, salário) | 17,23% | 28,56% |
| Farmácia básica (Farmácia popular, medicamentos) | 1,72% | 2,04% |
| Rede Hospitalar (Hospital municipal, SAMU) | 3,44% | 0% |
| Ouvidoria, auditoria, fiscalização, denúncias. | 0% | 2,07% |
| Documentos de Planejamento de gestão (Plano Municipal de Saúde, Programação pactuada integrada (PPI), Relatório de gestão, Termo de compromisso de gestão). | 10,33% | 8,16% |
| Prestação de contas (financeiras) | 25,8% | 28,57% |
| Vigilância em Saúde (dengue, manejo ambiental, chagas, tuberculose) | 7,02% | 6,12% |
| Total | 100% | 100% |

Fonte: Atas aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás no período de 2007 a 2010.

No município de Santa Helena de Goiás, nas duas gestões pesquisadas destaca-se o predomínio de assuntos referentes à Prestação de Contas financeiras (Tabela 05).

Os/as Conselheiros/as de Rio Verde e Santa Helena de Goiás abordaram na entrevista, dentre outros, o assunto referente aos recursos financeiros, em que 83% dos/as Conselheiros/as afirmam conhecer de onde provêm os recursos financeiros que mantêm o SUS. Essa posição já era esperada e confirma o que está relatado nas atas, pois, em ambos os Conselhos, a maior parte dos assuntos tratados, são referentes à prestação de contas financeiras.

As reuniões dos Conselhos ocorrem uma vez por mês, e a prestação de contas deveria ocorrer a cada três meses, porém identificou que há discussões sobre recurso financeiro em 85% das Atas, este fato inviabiliza a discussão sobre o andamento do relatório de gestão, da agenda de saúde e outros assuntos voltados para o planejamento de gestão, fatos que não são questionados pelos/as Conselheiros/as, porém ferem a Resolução 333/2003.

Esta Resolução define que a cada três meses deverá constar nas pautas das reuniões as Prestações de Contas em relatório detalhado, contendo entre outros, o andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o artigo 12 da Lei nº 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

Por meio de estudos dos indicadores de saúde ocorre o planejamento de gestão, que é um instrumento de avaliação do Conselho Municipal de Saúde e do Gestor Municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), onde os Conselheiros deveriam participar ativamente, porém não acontece e as discussões ficam voltadas às Prestações de Contas e deixa de lado as ações de Promoção de Saúde

No que se refere à participação popular e controle social a expectativa é de que podem ser realizados a todo o momento no processo orçamentário e não somente na prestação de contas. Destaca-se, portanto que o Conselho Municipal de Saúde deve atuar na formulação e no controle da execução da política de

saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para sua aplicação aos setores públicos e privados.

É, neste sentido, que todos os/as Conselheiros/as deveriam se envolver nesse processo, não havendo distinção de representação e não como se constatou que as discussões, nestes dois Conselhos, são realizadas apenas nas prestações de contas e não no planejamento financeiro.

As principais dificuldades constatadas para a participação dos/as Conselheiros/as estão relacionadas aos/as leigos/as quando lhes cabe analisar, formar opinião e mesmo opinar sobre os diferentes assuntos. Aliada a isso, existe a pressão contínua dos representantes do governo e trabalhadores de saúde para que o Conselho se esforce em compreender toda a política de saúde do SUS para tomar as decisões, sem, no entanto, proporcionar atividades que possibilitem um maior conhecimento do coletivo para uma maior integração neste fórum. Como consequência, observou-se que mesmo sem conhecer os assuntos, os/as Conselheiros/as aprovam por unanimidade o que se lhes propõe, pois não há os devidos “esclarecimentos”.

É nessa perspectiva que conclui ser muito importante que os/as Conselheiros/as conheçam o projeto político do gestor e as políticas em nível Estadual e Nacional para se posicionarem conforme as prioridades, de forma coletiva. Portanto, cabe ao Conselho tomar conhecimento e ajudar na criação, implantação, execução e fiscalizações das ações e programas no âmbito SUS. E, dessa forma para que os/as Conselheiros/as desempenhem suas funções, a Secretaria Municipal de Saúde deve adotar medidas para que ocorra a efetivação do Conselho Municipal de Saúde, conforme preconiza a Legislação específica.

Essas informações, pela capilaridade dos Conselhos, quando constituídos corretamente, devem se expandir para os diferentes setores sociais, principalmente para aqueles setores e Entidades da Sociedade que elegem ou indicam seus/suas representantes nas Conferências de Saúde. Dessa forma é possível garantir a escolha de futuros/as Conselheiros/as que tenham tanto o perfil como a disponibilidade para desempenhar a função de controle Social na implementação das políticas de Saúde. São ações, que ao mesmo tempo, possibilitarão também à sociedade, em seus diferentes níveis elaborar interesses

e verbalizar propostas para encaminharem ao Conselho Municipal de Saúde, por meio de seus representantes.

Destaca-se que é uma atribuição do/a Conselheiro/a, além de conhecimento das políticas e programas de Saúde, ter disponibilidade de tempo. Ficou evidenciada a limitação dos/as integrantes dos Conselhos pela dificuldade demonstrada em efetivar o controle social seja por desconhecimento das políticas de Saúde, seja pelo constrangimento frente ao poder Municipal.

Assim, a capacitação dos/as Conselheiros/as e uma maior participação social certamente garantirão um novo desenho de Gestão da Saúde, com controle social, fiscalização, facilitando assim a organização e estruturação dos Conselhos Municipais de Saúde, e com decisões identificadas com as políticas de Estado para a saúde e retorno as necessidades da população.

Nas questões direcionadas ao planejamento em saúde: agenda, plano de saúde, quadro de metas, os/as Conselheiros/as apresentaram dúvidas quanto a esses documentos. Dessa forma, mesmo afirmando que estão atuantes, constata-se que não há participação na elaboração, senão apenas na aprovação das matérias propostas nas pautas das reuniões (Tabela 4 e 5).

Nesse contexto, pode-se afirmar que os/as Conselheiros/as não conhecem os documentos de planejamento de gestão, e não conseguem diferenciá-los, pois declaram que os documentos vão somente para aprovação, não havendo explicação, orientação e informação a respeito: “os Conselheiros são meros aprovadores de contas, não entendem nada” (Ent. 11).

Eles foram unânimes em dizer que precisam de mais informação a respeito das políticas de saúde e relacionaram esse problema com a falta de estrutura física dos Conselhos:

“Sim, precisamos de mais informação, por isso que a gente precisa da nossa sala para a gente estar pesquisando, se o Conselho tivesse sala e secretária, melhoraria muito o desempenho.” (Ent. A06).

Por outro lado, conforme o discutido na composição do Conselho identificou-se que os representantes dos trabalhadores de saúde são funcionários do Município e não representantes das suas Entidades de Categoria Profissional. Certamente, por esta razão, também, demonstraram despreparo, falta de

autonomia e a dependência/subserviência ao Gestor, conforme declara um profissional de saúde: “Eu acho que está tudo bom, não precisa melhorar não”. (Ent. A02).

Um dos problemas identificados é que o conselheiro/a, apesar de ser eleito pelos segmentos que representam, acaba efetivando sua participação por meio do seu próprio ponto de vista ou de referências pessoais e não a partir das necessidades da população.

Chega, pega um da uma coisinha para ele, a gente prefere não pegar para discutir e ser independente, aí põe uma equipe lá que só fala amém, eu fico assistindo. [...] Não pode ser pessoalmente/individualmente, tem que ser em nome da comunidade, essa noite ainda perdi o sono, pensando porque eu trabalho na maternidade pela prefeitura de sábado e domingo, tem tanta coisa para ser pedida, se a população tivesse noção da força que ela tem. (Ent. 06).

Os representantes das comunidades nos Conselhos reforçam os aspectos relativos ao exercício da representação em sociedades desiguais. Há o predomínio de uma elite diferenciada, formada pelo representante do Governo, melhor educados e com salários maiores que a média da comunidade. A idéia de "controle social" como fundamento dos Conselhos é dificilmente compreendida pelos/as Conselheiro/as.

Sobre as conseqüências, Carvalho (1997) explica que diante da ineficiência desses órgãos em satisfazer as demandas a eles submetidas, os representantes dos segmentos reduzem suas expectativas, gerando o esvaziamento dos Conselhos.

Verifica-se, portanto, que quanto à representação nos Conselhos, está com participação reduzida e a dinâmica em fiscalizar, avaliar e discutir está comprometida e com baixa resolutividade. Os assuntos tratados nas reuniões estão voltados à Prestação de Contas, conforme as Tabela 4 e 5, e pouco direcionados ao planejamento de gestão no município de Santa Helena de Goiás. Já no Município de Rio Verde as discussões estão voltadas para implantação de ESF e não na implementação de ações de saúde. Desta forma há necessidade de maior divulgação relativa ao Sistema Único de Saúde/SUS e sobre os direitos da população incorporados na Constituição de 1988, destacando a Lei 8.142, da participação social, reforçando Sposati & Lobo (1992, p. 373) quando afirmam que

“espaço do controle social, ainda que institucionalizado, não é meramente administrativo, é um espaço político que põe em cena interesses imaginários, representações”.

3.7 Implementação das Políticas de Saúde pela Gestão Municipal da área da Saúde

O perfil da gestão de saúde avaliadas através da entrevista pelos Conselheiros/as refere-se ao não cumprimento das decisões do Conselho Municipal de Saúde pela administração municipal, traçando medidas/propostas no Conselho para ser desenvolvidas, porém não conseguem executá-las. Sobre esta questão, dos doze entrevistados de Rio Verde e Santa Helena de Goiás, quatro (33,3%) não sabiam responder se existia medidas definidas e não executadas, cinco (41,6%) identificaram que não foram desenvolvidas as deliberações do Conselho, e destacaram mais uma vez, os problemas referentes à estrutura física do Conselho, situação que já foi solicitada, discutida, deliberada e não executada: *“A sala do C.M.S., desde o ano passado, a estrutura do conselho”.* (Ent. A03).

Estes dados apresentados se referem ao que o Conselho delibera, mas na prática não se consegue exercer o que foi definido em reunião.

No depoimento abaixo, os/as entrevistados/as acreditam que as decisões nem sempre são acatadas e deixam claro que os assuntos encaminhados ao Conselho já estão em vias de acontecer ou já estão acontecendo, e as Secretarias de Saúde precisam da aprovação imediata.

O Conselho é um mero aprovador de contas, e só aprova o que já foi feito, nunca discute o que vai acontecer (Ent. A11).

Por exemplo, se vem uma verba e não a usa volta, se tá precisando de uma ambulância, sabe, nós não podemos deixar esse dinheiro voltar, sempre está precisando (Ent. A03).

Cabe destacar que esse fato pode ser considerado uma situação impositiva do gestor Municipal, pois se o Conselho não aprovar o recurso volta para sua origem. Nessas condições, o conselho precisa aprovar.

Quanto às informações sobre a prestação de serviços de saúde no município, 50% dos entrevistados acreditam que são suficientes, porém quando há relação com as condições de atendimento e as mortes ocorridas, 90% admitem que a pouca qualidade dos serviços responda pela incidência de doenças graves nos Municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás.

Quanto à identificação dos problemas do Sistema Municipal de Saúde destaca-se, dentre outros, a política, a falta de informação e a gestão municipal de saúde: “Eu acho que o problema do Sistema Municipal é política. Isso tudo é problema de política [...]”. (Ent. 03).

E, quanto aos problemas relativos à saúde da população e às políticas públicas, que estão relacionados com a Gestão, foram unânimes em responder que entendem o processo pelo qual as políticas públicas são definidas pelas diferentes esferas de Governo, mas, ao mesmo tempo, houve Conselheiro/a que não soube responder se havia sido implantada no Município alguma política de saúde formulada pela esfera Federal e 60% dos Conselheiros/as afirmaram que não sabiam como eram encaminhadas as pessoas que requerem assistência especializada.

Os principais problemas de saúde avaliados no Sistema Único de Saúde dos Municípios de Rio Verde e Santa Helena de Goiás é o serviço de urgência e emergência, com UTI adulto e neonatal, gestantes, cardiologia, urologia e cirurgia, porém os/as Conselheiros/as acreditam que esses problemas são de ordem política, pois existe o serviço e não é ofertado à população.

As gestantes, a falta de UTI Neonatal não tem leitos de UTI neonatal, morre muita criança (Ent. A06).

Hospital de Urgência de Santa Helena, super equipado, parado, por causa de pouca coisa, tem um monte de funcionário parado, recebendo, [...] o problema é tudo de política (Ent. A03).

Destaca-se que a assistência à saúde da mulher deve ocorrer em todas as fases da vida, clínico ginecológica, no campo do planejamento familiar, gestação,

parto e puerpério e também nos casos de doenças crônicas ou agudas, e assim deveriam ser discutidas e avaliadas pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Depoimento como o (Ent. A06) acima evidencia a falta de investimento na saúde da Mulher, em todas as fases da assistência à saúde, pois expõe um problema de saúde muito grave que é a morte de crianças por falta de UTI neonatal.

O SUS foi, sem dúvida, uma grande conquista social e política, mas, na realidade, falta investimento nos Conselhos, há problemas de UTI neonatal e adulto na região Sudoeste I. Esse é o gargalo do Sistema Público Municipal, que acaba resultando na perda de vidas, perdas em geral relacionadas a pessoas que buscaram os serviços de atenção básica, mas estes foram mal realizados, sem Resolutividade.

Quanto ao que este estudo se propôs buscar, ou seja, informações sobre as discussões e as ações dos Conselhos referentes à saúde ambiental, saúde da mulher e documentos do planejamento de gestão, as respostas são afirmativas, declaram que há discussões no conselho sobre esses assuntos, no entanto, ao verificar as Atas das reuniões estes temas não são registrados nas pautas das reuniões e nem nos anais de discussões e problemas apresentados.

No sentido de melhorar o desempenho dos/as Conselheiros/as nas ações de fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde, as sugestões são no sentido de terem mais liberdade e apoio por parte do Gestor na implementação das ações, e modificar o fato do Secretário Municipal de Saúde ser o Presidente do Conselho Municipal de Saúde

A mudança que propõe que o presidente do Conselho seja desvinculado do Secretário Municipal de Saúde, pois acabam pressionando os Conselheiros, de alguma forma, principalmente os trabalhadores. (Ent. A08).

Neste sentido, a Resolução 333 de 4 de novembro de 2003, reforça que os governos deveriam garantir autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa.

Conforme a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências, os/as Conselheiros/as deveriam atuar na formulação e no

controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para sua aplicação aos setores públicos e privados, definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços, estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros (BRASIL, 1990).

Neste estudo, pode-se comprovar, ainda hoje, com algumas exceções, a afirmação de Bravo (2006), de que o SUS não conseguiu, nesses últimos anos, obter grandes avanços, porque o SUS existente está muito longe do SUS constitucional.

A proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente estão bem diferentes e distantes. O SUS foi se consolidando como um sistema fragmentado destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados (BRAVO, 2006).

Portanto o perfil da gestão com os Conselhos Municipais de Saúde ficou evidente que há uma relação expressada como de 'banho-maria' que se entende ser utilitarista, ao arrepio da Lei existente, por parte das Secretarias Municipais de Saúde, pois sem a aprovação dos Conselhos não se consegue recurso financeiro.

A relação entre Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde é demarcada por aproximações e afastamentos, pois a visão dos Gestores são ultrapresidencialistas, ou seja, o avanço dos conselheiros pode ser uma ameaça ao seu poder (GOEDTKE & GRISOTI, 2011).

E, mesmo identificando como problema de saúde a morte de crianças por falta de UTI neonatal, não há discussões ou propostas para melhorar a Saúde da Mulher nos Conselhos municipais de saúde de Rio Verde e Santa Helena de Goiás.

Cabe, portanto, aos/as Conselheiros/as se apropriarem melhor de seu papel de propositores e fiscalizadores de políticas de saúde, se capacitando e dedicando à função de Conselheiro/a que é definida na legislação, sendo efetivo no cargo, e os Conselhos Municipais de Saúde de Santa Helena e de Rio Verde precisam de grande avanço para concretizar o SUS preconizado na Lei para

corresponder aos interesses e necessidades população em saúde, se estruturando fisicamente e formando uma secretaria executiva e assim conseguir as informações necessárias para o bom desempenho deste colegiado de gestão.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do pressuposto de que o Conselho Municipal de Saúde/CMS é um espaço público capaz de catalisar a interlocução entre a administração municipal e a sociedade, destacam-se as principais considerações que a pesquisa permitiu identificar.

1. Conforme a legislação estabelece, os Conselhos Municipais de Saúde/CMS são constituídos paritariamente entre usuários (50%) e 50% Prestadores de Serviços, Trabalhadores de Saúde e Governo, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados, porém no caso dos dois Municípios estudados (Rio Verde e Santa Helena de Goiás), os/as representantes de trabalhadores de saúde, são funcionários públicos sem representação e vínculo sindical, fato que demonstra fragilidade na atuação como Controle Social no Conselho, decorrente, principalmente da instabilidade no emprego, pois o Presidente do Conselho Municipal de Saúde é o Secretário Municipal de Saúde. Neste sentido, os gestores municipais e entidades envolvidas desses dois Municípios em questão, deverão ajustar a forma de compor os Conselhos para que, de fato, esse fórum possa atuar conforme o preconizado na legislação exercendo o controle social com autonomia e representação social.
2. Além da forma como estão constituídos os Conselhos, os/as Conselheiros/as demonstraram debilidade nos conhecimentos sobre Saúde Pública e Saúde da Mulher, e nenhuma manifestação direta relacionada à Saúde Ambiental naquele espaço. Certamente, por mais essa razão, não são convictos nas colocações e pleitos durante as reuniões. Essa situação não só reforça o pouco conhecimento das políticas de saúde para articular com as demandas da população, agravado pelo pouco tempo livre para se dedicarem à função que assumiram como Conselheiros/as.
3. Observa-se que além da necessidade de rever a forma/composição dos Conselhos Municipais e a capacitação, é preciso também

ampliar a divulgação da função e do papel político dos Conselhos Municipais de Saúde/CMS, para que em futuras eleições, as entidades indiquem representantes que garantam a participação nas atividades voltadas para a saúde pública, além das Conferências de Saúde, e que estejam envolvidos no cotidiano das discussões temáticas que emergem. Portanto, pode-se afirmar que, em geral, é preciso construir uma nova cultura de compromisso coletivo nos espaços de gestão colegiada, garantindo a participação de sujeitos que tenham capacidade de análise e de intervenção em defesa dos interesses da sociedade. É somente com esse envolvimento que Conselheiros/as se capacitarão para assumir suas funções de representação dos diferentes segmentos sociais, na sua integralidade.

4. Torna-se necessário buscar junto ao Conselho Nacional de Saúde/CNS / Conselho Estadual de Saúde – GO, e Ministério da Saúde/MS o apoio para iniciar um processo de capacitação dos/as Conselheiros/as dos Municípios de Santa Helena e Rio Verde. Neste processo, deverá ser esclarecido o papel político do Conselho Municipal de Saúde e a expectativa existente sobre a atuação dos/as Conselheiros/as.
5. Quanto à atuação dos Conselhos referentes às ações de saúde com a transversalidade em saúde ambiental, conclui-se que existem algumas ações sendo realizadas por meio das vigilâncias, porém são pouco discutidas nos Conselhos, não havendo ligação direta com ações de vigilância ambiental e sim com a vigilância sanitária ou epidemiológica.
6. Definição de indicadores e sistemas de informação de vigilância em saúde ambiental como as condições do ar, da água dos contaminantes existentes no municípios e muitos outros aspectos ambientais existentes, e assim realizar uma análise e monitoramento destas ações com o intercâmbio de experiências e estudos, além de ações educativas e orientações que democratizem o conhecimento na área.

7. A atenção à saúde da mulher é realizada na atenção básica de saúde, porém quase não há discussão nos Conselhos sobre a grave situação de saúde das mulheres dos Municípios, referendada nas Tabelas em anexo. Sabe-se que o monitoramento é realizado por meio dos indicadores, e os resultados encaminhados aos Conselhos para, mais uma vez, serem apreciados, porém, constatou-se que em nível de Conselho tanto de Rio Verde como de Santa Helena de Goiás, não são elaboradas propostas e não se discute o assunto nos respectivos Conselhos.
8. Desta forma identificou-se a falta formação (capacitação) de Conselheiros/as, falta informações de saúde para os Conselheiros/as, a representatividade está fragilizada, não há infraestrutura, não existe estrutura administrativa, a saúde da mulher e ambiental não estão sendo desenvolvidas na sua integralidade tanto nos Conselhos quanto por parte da Gestão Municipal e não conseguem cumprir as decisões deliberadas nos Conselhos.
9. Apesar dos problemas de ordem constitutiva dos Conselhos e de capacitação de Conselheiros/as, observou-se que há conquistas referendadas pelo controle social, faltando, no entanto, um maior empenho do Gestor Municipal e do próprio Conselho, em solicitar apoio do Conselho Estadual e/ou Nacional de Saúde/CNS e Ministério da Saúde/MS no sentido de reforçar os mecanismos de sua atuação como forma de se qualificar para, de fato, poderem exercer o controle social, não apenas fiscalizando, mas propondo ações de saúde, saúde da mulher e ambientais, e assim elaborando propostas e acompanhando os programas de Saúde Pública.

Seguem as recomendações a partir dos resultados obtidos:

- Criação de infra-estrutura para os Conselhos Municipais de Saúde, para que tenham condições de realizar pesquisas, atendimentos a população, utilizar computador dentre outras ações da área;
- Criação da secretaria executiva e administrativa voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos fortalecendo o poder democrático;
- Capacitação dos Conselheiros/as;

- Discutir, elaborar, planejar propostas referentes à saúde da mulher, de forma a melhorar o atendimento e assim prevenir as morbidades.
- Discutir, elaborar, planejar propostas referentes à saúde ambiental focando o meio ambiente, como, a qualidade do ar, água, do solo que estão ligados diretamente a condições de saúde da população.
- Realizar um estudo mais específico para se conhecer como a população entende a função do controle social e mais especificamente de seus Conselheiros/as.
- Aprofundamento na questão financeira para conhecimento sobre onde estão sendo utilizados/gastos dos recursos financeiros provenientes dos Blocos de Financiamento do Fundo Nacional de Saúde, especificamente do Bloco de Gestão.
- Realizar um trabalho voltado à saúde da mulher e ambientais nos estabelecimentos públicos de saúde, focando como são desenvolvidas as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde naquele local de trabalho.
- Viabilizar estudos voltados para as ações de saúde realizadas nos estabelecimentos de saúde públicos, qualificando e possibilitando intervenções locais para melhorar estes aspectos e assim a vida da população.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Augusto, M.H.O. (1989). Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate. *Tempo social; Ver. Social.* USP, S. Paulo, 1(2): 105-119, 2. sem. São Paulo.

Assis, M.M.A. (2003). O Processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. *Saúde em debate*, RJ, v27, n65, p. 331-345.

Brasil, (2002). Fundação Nacional de Saúde. Vigilância ambiental em saúde/Fundação Nacional de Saúde.– Brasília: FUNASA.

Brasil, Congresso Nacional (1981). Lei 6.938 de 31 de agosto de 1981. Diário Oficial, 02 de setembro.

Brasil, Congresso Nacional (1990). Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial, 20 de setembro.

Brasil, Congresso Nacional (1990). Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial, 31 de dezembro.

Brasil, Constituição (1988). República Federativa do Brasil. Brasília.

Brasil, Ministério da Saúde (2006). Portaria 698/GM de 28 de março de 2006. Diário Oficial, 30 de março.

Brasil, Ministério da Saúde. (2005). Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2003). Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2009). As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006-a). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006-b). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2003). 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: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p.57, col. 1 ISSN 1676-2339.

Bravo, M.I.S. (2006). *Políticas de Saúde no Brasil*. São Paulo: Cortez.

Carvalho, A.I. (1995). Conselhos de saúde no Brasil. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Carvalho, G. (2003). O Financiamento Federal da Saúde. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/EC29_ESTADO_ARTE_gilson.pdf>. Acesso em: 15 de outubro de 2011.

Carvalho, S.M.P. (1997) Proteção de cultivares e apropriabilidade econômica no mercado de sementes no Brasil. *Cadernos de Difusão de Tecnologia*. Brasília, v.14, n.3, p. 365-409.

Conselho Nacional de Saúde. (2011). Emenda 29. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/webec29/index.html>> Acesso em: 15 de setembro de 2011.

Donnangelo, M. C. F. & PEREIRA, L. (1976). Saúde e sociedade. São Paulo, Duas Cidades.

Donnangelo, M. C. F. (1975). Medicina e sociedade. São Paulo, Pioneira.

Ferreira, A. B.H. (1986). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2.ed. São Paulo: Nova Fronteira.

Fico, C. (2004). Alem do golpe: a tomada do poder em 31 de março de 1963 e a Ditadura Militar. Rio de Janeiro: Record.

Goedtke, K.M.; & Grisoti, M. (2011). Os conselhos municipais de saúde: uma revisão de literatura sobre seus limites e possibilidades. Política e Sociedade. Florianópolis.

Ibge. (2010). Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011. Serviços de Saúde 2005. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 15 de setembro de 2010.

Leal, R. G. (2003). *Direitos Sociais e Políticas Públicas: Desafios Contemporâneos*. Tomo 3. Santa Cruz do Sul: Edunisc.

Leal, R. G.(2001). *Gestão pública Compartida e organizações sociais*. In Direitos Sociais e Políticas Públicas. Tomo I. Santa Cruz do Sul: Edunisc, p.35/72.

Leal, R. G.; & Reis, J. R.(2004). *Direitos Sociais e Políticas Públicas: Desafios Contemporâneos*. Tomo 3. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2004.

LEONELLI, D.; & OLIVEIRA, D. (2004). *Diretas Já – 15 meses que abalaram a ditadura*. RJ: Record.

Mendes, E. V. (2001). *O dilema fragmentação ou integração dos sistemas de serviços de saúde: por sistemas integrados de serviços de saúde*. In: Mendes, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Tomo 2. Casa da Qualidade Editora: Salvador.

Ministério da Saúde (1990). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS. *Doutrinas e Princípios*. Brasília/DF.

Ministério da Saúde. (2006). Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2004). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2008). Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2010). Secretaria Executiva. DATASUS, 2010. Informações de Saúde. Disponível em: <<http://formsus.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 de julho de 2010.

Ministério da Saúde. (2011). Departamento da Atenção Básica. Disponível em: <(http://189.28.128.99/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2011.

Oliveira, D. & Leonelli, D. (2004). *Diretas Já: 15 Meses que abalaram a ditadura*. Rio de Janeiro: Record.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2011). Análise de metade do período 2008-2010. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília.

Paim, J.S. (2002). *Saúde, política e reforma sanitária*.CEPS/ ISC, Salvador.

Pinheiro, P S. & Hall, M. M.(1979). A Classe Operária no Brasil, 1889-1930. – O Movimento Operário. Volume 1. São Paulo: Alfa Omega.

Polignano, M.V. (2001). História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão. Disponível em <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2010.

Ribeiro, J. M. (1996). Estruturas tecno-burocráticas e instâncias colegiadas no SUS – uma abordagem dos fundamentos da política setorial. In: Costa, N. R.;

Ribeiro, J.M. Política de Saúde e inovação institucional. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/Fiocruz. P-7-32.

Santos, M.O. (2003). Democracia e Participação Popular. Revista Espaço Acadêmico, ano 2, n 11.

Secretaria Estadual de Saúde Goiás (2010). Informações de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br>>. Acesso em: 08 de julho de 2011.

Sposati, A.; Lobo, E. (1992). Controle Social e políticas de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, v.8, n.4.

Universidade de Brasília (1992). Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Unb.

Valla, V. V.(1998). Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(Sup. 2):7-18.

Valla, V. V., Assis, M. & Carvalho, M. (1993). *Participação Popular e os Serviços de Saúde: O Controle Social como Exercício da Cidadania*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

Vanderlei, M. I. G.; Witt, R.R. (2003). Conselhos de Saúde: espaços de participação social, constituição de sujeitos políticos e co-produção de sujeitos coletivos. *Revista Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v. 27, n 64, p. 137-137, maio/ago.

ANEXOS

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (2 VIAS – SUJEITOS DA PESQUISA/INSTITUIÇÃO)

Prezado(a) senhor(a), _____

O(a) senhor(a) está sendo convidado/a para participar de uma pesquisa intitulada Estudo sobre a constituição e as ações dos Conselhos Municipais de Saúde quanto às políticas de saúde, saúde da mulher e ambiental no período de 2007 a 2010 – CMS da região Sudoeste I - GO. Os objetivos são: identificar os mecanismos de constituição do Conselho Municipal de Saúde; traçar o perfil de representação dos integrantes dos Conselhos Municipais de Saúde; identificar as políticas públicas de saúde, saúde da mulher e ambientais aprovadas e implementadas pelo Conselho Municipal de Saúde e sua relação com os Plano Nacional de Saúde e as Políticas de Saúde Ambiental.

Sua participação será como voluntário/a de uma entrevista, que dura, em média, 25 minutos e será gravada. O documento não irá registrar seu nome e os dados serão divulgados, de forma conjunta, guardando assim o mais absoluto sigilo sobre as informações fornecidas pelo(a) Sr.(a).

Essa pesquisa oferece o mínimo de risco e caso sinta desconforto no decorrer da entrevista o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão, podendo desistir de participar das informações fornecidas que contribuirão para a melhoria do desempenho do trabalho do Conselho Municipal de Saúde e para a implementação dos programas do SUS. Os resultados serão apresentados aos Conselhos Municipais e Gestores participantes da pesquisa, Secretarias Municipais de Saúde de Santa Helena de Goiás e Rio Verde, Secretaria Estadual de Saúde/GO e aos Conselhos Estaduais de Saúde de Goiás e Conselho Nacional de Saúde/MS.

Caso tenha qualquer dúvida e sejam necessários mais informações sobre a pesquisa, basta entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Rio Verde – FESURV. Telefone: (64) 36202361.

Este Termo será assinado em 2 vias, uma cópia dessa declaração deve ficar com o(a) Sr(a) e a outra com os pesquisadores.

Conforme as informações acima, aceito participar da pesquisa.

_____, de _____ de _____.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do Voluntário

Eline Jonas -

Nome dos pesquisadores:

Vânia Maria da Silva Tel. Res. 64-36411763

Rua Praça Vital de Oliveira nº 31 – Lucilene
– Santa Helena de Goiás – GO.

Telefones : 62 3259 9622 e 62 8122 8637

Rua C-263 nº227 apto. 303 – Setor Nova
Suiça – Goiânia-GO

ANEXO II

Tabela – Morbidade Hospitalar do Município de Rio Verde – 2010.

| GRUPO DE CAUSAS | MENOR 1 | 1 A 4 | 5 A 9 | 10 A 14 | 15 A 19 | 20 A 49 | 50 A 64 | 60 E MAIS | TOTAL |
|--|------------|-------|-------|------------|------------|------------|------------|--------------|-------|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 26.9 | 21.4 | 16.7 | 11.6 | 1.8 | 3.9 | 5.0 | 5.2 | 6.1 |
| II. Neoplasias (Tumores) | 3.7 | 0.3 | 4.2 | 4.5 | 0.9 | 5.5 | 8.7 | 4.2 | 4.9 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 0.4 | 0.3 | 1.0 | 0.5 | 0.5 | 2.8 | 0.9 | 0.7 | 1.6 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 3.3 | 12.8 | 4.7 | 3.5 | 0.9 | 1.6 | 6.1 | 4.4 | 3.3 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 0.4 | 0.3 | 0.5 | 0.5 | 0.8 | 3.0 | 2.3 | 0.5 | 1.8 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 5.7 | 2.6 | 2.1 | 3.0 | 1.1 | 2.4 | 1.7 | 2.4 | 2.3 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 0.4 | 0.3 | 0.5 | 3.0 | 0.5 | 0.3 | 0.6 | 0.5 | 0.4 |
| VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 0.4 | 0.3 | 1.0 | 1.0 | 0.1 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.2 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 0.4 | 0.7 | 0.5 | 2.5 | 1.5 | 5.4 | 19.6 | 26.4 | 10.4 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 32.7 | 41.8 | 29.2 | 10.1 | 2.7 | 5.1 | 13.8 | 27.6 | 13.6 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 4.5 | 5.3 | 14.1 | 16.7 | 4.2 | 9.4 | 14.9 | 9.4 | 9.6 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 0.4 | 1.3 | 0.5 | 3.0 | 0.7 | 0.9 | 2.2 | 1.9 | 1.3 |
| XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 0.4 | 1.3 | 1.0 | 3.0 | 0.7 | 2.2 | 3.8 | 3.7 | 2.4 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 0.4 | 2.6 | 8.9 | 10.1 | 6.9 | 10.5 | 10.8 | 7.6 | 8.9 |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 0.4 | 0.3 | 0.5 | 12.6 | 71.0 | 36.4 | 0.3 | 0.3 | 23.7 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 17.1 | 0.3 | 0.5 | 0.5 | 0.1 | 0.2 | 0.3 | 0.3 | 0.6 |
| XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 2.4 | 2.3 | 1.6 | 1.5 | 0.4 | 0.4 | 0.6 | 0.4 | 0.6 |
| XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 0.4 | 0.7 | 0.5 | 1.5 | 0.7 | 0.9 | 1.4 | 0.4 | 0.8 |
| XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas | 1.6 | 4.9 | 13.5 | 11.1 | 4.3 | 8.7 | 6.9 | 4.8 | 7.1 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 0.4 | 0.3 | 0.5 | 0.5 | 0.1 | 0.2 | 0.3 | 0.3 | - |
| XXI. Contatos com serviços de saúde | 0.4 | 1.3 | 1.0 | 0.5 | 0.3 | 0.3 | 0.6 | 0.3 | 0.4 |
| CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchida | 0.4 | 0.3 | 0.5 | 0.5 | 0.1 | 0.2 | 0.3 | 0.3 | - |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Fonte: Ministério da Saúde, 2011-b.

ANEXO III

Tabela - Morbidade Hospitalar do Município de Santa Helena de Goiás – 2010.

| Grupo de Causas | Menor 1 | 1 a 4 | 5 a 9 | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 49 | 50 a 64 | 60 e mais | Total |
|--|---------|-------|-------|---------|---------|---------|---------|-----------|-------|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 47.8 | 39.9 | 21.7 | 13.0 | 5.8 | 6.0 | 8.6 | 9.1 | 12.2 |
| II. Neoplasias (tumores) | 2.6 | 0.4 | 1.1 | 9.8 | 0.8 | 4.3 | 5.6 | 5.3 | 4.0 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 0.9 | 0.4 | 1.1 | 1.1 | 0.4 | 1.1 | 1.5 | 1.1 | 0.9 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 6.1 | 3.0 | 1.1 | 1.1 | 2.1 | 1.3 | 3.9 | 4.9 | 2.6 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 0.9 | 0.4 | 1.1 | 1.1 | 0.8 | 1.2 | 1.5 | 1.1 | 0.8 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 1.7 | 0.4 | 1.1 | 1.1 | 1.7 | 1.1 | 1.2 | 0.9 | 0.9 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 0.9 | 0.4 | 1.1 | 1.1 | 0.4 | 0.6 | 0.7 | 0.9 | 0.1 |
| VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 0.9 | 0.4 | 1.1 | 1.1 | 0.4 | 0.5 | 0.7 | 0.9 | - |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 0.9 | 0.4 | 1.1 | 1.1 | 1.2 | 7.5 | 25.9 | 24.3 | 11.0 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 27.0 | 41.2 | 39.1 | 28.3 | 7.1 | 7.2 | 14.4 | 20.0 | 15.8 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 2.6 | 3.9 | 17.4 | 8.7 | 5.4 | 14.9 | 17.6 | 16.7 | 13.2 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 0.9 | 0.4 | 1.1 | 1.1 | 1.2 | 0.6 | 0.7 | 1.1 | 0.5 |
| XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 0.9 | 0.9 | 3.3 | 2.2 | 0.8 | 4.7 | 2.9 | 2.9 | 3.1 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 0.9 | 3.9 | 3.3 | 8.7 | 10.0 | 11.8 | 8.1 | 9.1 | 9.1 |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 0.9 | 0.4 | 1.1 | 10.9 | 56.8 | 29.2 | 0.7 | 0.9 | 17.4 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 6.1 | 0.4 | 1.1 | 1.1 | 0.4 | 0.5 | 0.7 | 0.9 | 0.3 |
| XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 3.5 | 1.7 | 2.2 | 1.1 | 0.4 | 0.5 | 0.7 | 0.9 | 0.5 |
| XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 0.9 | 0.4 | 1.1 | 1.1 | 0.4 | 1.1 | 2.0 | 1.3 | 1.0 |
| XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas | 0.9 | 3.0 | 7.6 | 13.0 | 5.0 | 8.0 | 6.4 | 3.8 | 6.3 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 0.9 | 0.4 | 1.1 | 1.1 | 0.4 | 0.5 | 0.7 | 0.9 | - |
| XXI. Contatos com serviços de saúde | 0.9 | 0.9 | 1.1 | 1.1 | 0.4 | 0.5 | 0.7 | 0.9 | 0.3 |
| CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchida | 0.9 | 0.4 | 1.1 | 1.1 | 0.4 | 0.5 | 0.7 | 0.9 | - |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Fonte: Ministério da Saúde, 2011-b.

ANEXO IV



MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB
Teto, credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família
Unidade Geográfica: Município - RIO VERDE/GO
Competência: Janeiro de 2007 a Dezembro de 2010

| Ano | Mês | População | Equipe de Saúde da Família | | | | | | |
|------|-----|-----------|----------------------------|---------------------------------------|-------------|---------------------------------|--|------|---------------------------------------|
| | | | Teto | Credenciados pelo Ministério da Saúde | Implantados | Estimativa da População coberta | Proporção de cobertura populacional estimada | Teto | Credenciadas pelo Ministério da Saúde |
| 2007 | 01 | 133.687 | 334 | 85 | 74 | 42.550 | 31,83 | 56 | 8 |
| 2007 | 02 | 133.687 | 334 | 85 | 74 | 42.550 | 31,83 | 56 | 8 |
| 2007 | 03 | 133.687 | 334 | 85 | 73 | 41.975 | 31,40 | 56 | 8 |
| 2007 | 04 | 133.687 | 334 | 85 | 74 | 42.550 | 31,83 | 56 | 8 |
| 2007 | 05 | 133.687 | 334 | 85 | 73 | 41.975 | 31,40 | 56 | 8 |
| 2007 | 06 | 136.685 | 342 | 85 | 73 | 41.975 | 30,71 | 57 | 8 |
| 2007 | 07 | 136.685 | 342 | 85 | 73 | 41.975 | 30,71 | 57 | 8 |
| 2007 | 08 | 136.685 | 342 | 85 | 72 | 41.400 | 30,29 | 57 | 8 |
| 2007 | 09 | 136.685 | 342 | 85 | 72 | 41.400 | 30,29 | 57 | 8 |
| 2007 | 10 | 136.685 | 342 | 85 | 72 | 41.400 | 30,29 | 57 | 8 |
| 2007 | 11 | 136.685 | 342 | 85 | 66 | 37.950 | 27,76 | 57 | 8 |
| 2007 | 12 | 136.685 | 342 | 85 | 66 | 37.950 | 27,76 | 57 | 8 |
| 2008 | 01 | 136.685 | 342 | 85 | 70 | 40.250 | 29,45 | 57 | 8 |
| 2008 | 02 | 136.685 | 342 | 85 | 70 | 40.250 | 29,45 | 57 | 8 |
| 2008 | 03 | 136.685 | 342 | 85 | 70 | 40.250 | 29,45 | 57 | 8 |
| 2008 | 04 | 136.685 | 342 | 85 | 70 | 40.250 | 29,45 | 57 | 8 |
| 2008 | 05 | 136.685 | 342 | 85 | 70 | 40.250 | 29,45 | 57 | 8 |
| 2008 | 06 | 136.685 | 342 | 85 | 70 | 40.250 | 29,45 | 57 | 8 |
| 2008 | 07 | 136.685 | 342 | 85 | 63 | 36.225 | 26,50 | 57 | 8 |
| 2008 | 08 | 136.685 | 342 | 85 | 70 | 40.250 | 29,45 | 57 | 8 |
| 2008 | 09 | 136.685 | 342 | 85 | 70 | 40.250 | 29,45 | 57 | 8 |
| 2008 | 10 | 136.685 | 342 | 85 | 70 | 40.250 | 29,45 | 57 | 8 |
| 2008 | 11 | 136.685 | 342 | 85 | 70 | 40.250 | 29,45 | 57 | 8 |
| 2008 | 12 | 136.685 | 342 | 85 | 70 | 40.250 | 29,45 | 57 | 8 |
| 2009 | 01 | 158.818 | 397 | 85 | 70 | 40.250 | 25,34 | 66 | 8 |
| 2009 | 02 | 158.818 | 397 | 85 | 70 | 40.250 | 25,34 | 66 | 8 |
| 2009 | 03 | 158.818 | 397 | 85 | 70 | 40.250 | 25,34 | 66 | 8 |
| 2009 | 04 | 158.818 | 397 | 85 | 69 | 39.675 | 24,98 | 66 | 8 |
| 2009 | 05 | 158.818 | 397 | 85 | 69 | 39.675 | 24,98 | 66 | 8 |
| 2009 | 06 | 158.818 | 397 | 85 | 67 | 38.525 | 24,26 | 66 | 8 |
| 2009 | 07 | 158.818 | 397 | 85 | 67 | 38.525 | 24,26 | 66 | 8 |
| 2009 | 08 | 158.818 | 397 | 85 | 67 | 38.525 | 24,26 | 66 | 8 |
| 2009 | 09 | 158.818 | 397 | 85 | 67 | 38.525 | 24,26 | 66 | 8 |
| 2009 | 10 | 158.818 | 397 | 85 | 65 | 37.375 | 23,53 | 66 | 8 |
| 2009 | 11 | 158.818 | 397 | 85 | 65 | 37.375 | 23,53 | 66 | 8 |
| 2009 | 12 | 158.818 | 397 | 172 | 65 | 37.375 | 23,53 | 66 | 23 |

| | | | | | | | | | |
|------|----|---------|-----|-----|----|--------|-------|----|----|
| 2010 | 01 | 158.818 | 397 | 172 | 65 | 37.375 | 23,53 | 66 | 23 |
| 2010 | 02 | 158.818 | 397 | 172 | 65 | 37.375 | 23,53 | 66 | 23 |
| 2010 | 03 | 158.818 | 397 | 172 | 64 | 36.800 | 23,17 | 66 | 23 |
| 2010 | 04 | 158.818 | 397 | 172 | 63 | 36.225 | 22,81 | 66 | 23 |
| 2010 | 05 | 158.818 | 397 | 172 | 63 | 36.225 | 22,81 | 66 | 23 |
| 2010 | 06 | 158.818 | 397 | 172 | 62 | 35.650 | 22,45 | 66 | 23 |
| 2010 | 07 | 158.818 | 397 | 172 | 62 | 35.650 | 22,45 | 66 | 23 |
| 2010 | 08 | 158.818 | 397 | 172 | 62 | 35.650 | 22,45 | 66 | 23 |
| 2010 | 09 | 158.818 | 397 | 172 | 62 | 35.650 | 22,45 | 66 | 23 |
| 2010 | 10 | 163.021 | 408 | 172 | 62 | 35.650 | 21,87 | 68 | 23 |
| 2010 | 11 | 163.021 | 408 | 172 | 62 | 35.650 | 21,87 | 68 | 23 |
| 2010 | 12 | 163.021 | 408 | 172 | 62 | 35.650 | 21,87 | 68 | 23 |

FONTA: MS/SAS/DAB E IBGE

ANEXO V



MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB
Teto, credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família
Unidade Geográfica: Município - SANTA HELENA DE GOIÁS/GO
Competência: Janeiro de 2007 a Dezembro de 2010

| Ano | Mês | População | Equipe de Saúde da Família | | | | | |
|------|-----|-----------|----------------------------|---------------------------------------|------------------------|-------------|---------------------------------|--|
| | | | Teto | Credenciadas pelo Ministério da Saúde | Cadastradas no Sistema | Implantados | Estimativa da População coberta | Proporção de cobertura populacional estimada |
| 2007 | 01 | 35.563 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.563 | 100,00 |
| 2007 | 02 | 35.563 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.563 | 100,00 |
| 2007 | 03 | 35.563 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.563 | 100,00 |
| 2007 | 04 | 35.563 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.563 | 100,00 |
| 2007 | 05 | 35.563 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.563 | 100,00 |
| 2007 | 06 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2007 | 07 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2007 | 08 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2007 | 09 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2007 | 10 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2007 | 11 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2007 | 12 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2008 | 01 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2008 | 02 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2008 | 03 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2008 | 04 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2008 | 05 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2008 | 06 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2008 | 07 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2008 | 08 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2008 | 09 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2008 | 10 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2008 | 11 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2008 | 12 | 35.721 | 15 | 12 | 12 | 12 | 35.721 | 100,00 |
| 2009 | 01 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2009 | 02 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2009 | 03 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2009 | 04 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2009 | 05 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2009 | 06 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2009 | 07 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2009 | 08 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2009 | 09 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2009 | 10 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |

| | | | | | | | | |
|------|----|--------|----|----|----|----|--------|--------|
| 2009 | 11 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2009 | 12 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2010 | 01 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2010 | 02 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2010 | 03 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2010 | 04 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2010 | 05 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2010 | 06 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2010 | 07 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2010 | 08 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2010 | 09 | 36.198 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.198 | 100,00 |
| 2010 | 10 | 36.336 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.336 | 100,00 |
| 2010 | 11 | 36.336 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.336 | 100,00 |
| 2010 | 12 | 36.336 | 15 | 12 | 12 | 12 | 36.336 | 100,00 |

FONTE: MS/SAS/DAB E IBGE.

APENDICE

FORMULÁRIO

"Esse formulário trata das características do conselho municipal de saúde do qual participa. Por favor, responda o mais fielmente possível, descrevendo a realidade. Não há respostas certas ou erradas."

1. Data de aplicação do formulário: ____/____/____

2. Idade: _____

3. Município _____

4. UF _____

5. Escolaridade:

() Ensino Fundamental

() Ensino Médio

() Superior

() Pós graduação

CONSELHO E SUA REALIDADE

1. Qual o segmento que você representa?

() representante do governo

() representante dos trabalhadores de saúde

() representante dos prestadores de serviços

() representante dos usuários.

2. Qual reivindicação do segmento que você representa apresentada no CMS?

3. Como acontece as escolhas dos Conselheiros de Saúde no seu município?

() eleição

() indicação

() outra forma _____

4. Quantas vezes já participou do Conselho?

() primeira vez

() 2 vezes

() 3 vezes

() 4 vezes ou mais.

5. Você acha que um Conselho de Saúde atuante pode melhorar a vida da população?

- () sim
() não
6. O Conselho Municipal de Saúde do seu município coloca em pauta o debate das doenças mais frequentes e o modo de evitá-las?
() sim
() não
7. Você acha que os serviços de saúde públicos e contratados dão conta de cuidar dessas doenças?
() sim
() não
8. O número de profissionais de saúde é suficiente para atender a população usuária no seu município?
() sim
() não
9. Você acha que as condições de atendimento são responsáveis por mortes ou pelo aumento de doenças graves no seu município?
() sim
() não
10. Você participou de Conferências de Saúde? Quais?
11. Na sua opinião, quais os principais problemas de saúde pública no seu município?
12. Na sua opinião, quais os principais problemas do sistema municipal de saúde?

PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

13. No seu município, está sendo colocada em prática alguma política formulada na esfera federal?
() simqual.....
() não
14. Você sabe como são encaminhadas as pessoas que requerem assistência especializada no seu município?
() sim
() não
15. Você entende bem o processo pelo qual muita política pública tem que ser resolvida pelas diferentes esferas de governo?
() sim
() não

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL

16. Você já ouviu falar de Plano Diretor de Regionalização?

- sim
- não

17. O Conselho Municipal de Saúde já discutiu a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/01?

- sim
- não

18. Você conhece as fontes de onde provêm os recursos financeiros que financiam o SUS no seu município?

- sim. Quais são? _____
- não

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

19. Qual é a estrutura de funcionamento do Conselho M. de Saúde e o que precisa melhorar?

20. Você conhece o regimento interno do seu Conselho M. de saúde?

- sim
- não

21. Você, enquanto conselheiro, apresentou propostas a serem discutidas?

- nenhuma
- uma vez
- duas vezes
- três vezes ou mais

22. Quando o presidente do Conselho apresenta temas a serem debatidos pelos conselheiros, você participa das discussões?

- nunca
- às vezes
- sempre

23. Você se acha atuante?

- sim
- não

Por que? _____

24. Você acha que existe alguma medida/proposta que deveria ter sido executada?

- sim. Qual? _____
- não

25. Você acha que o Conselho tem grupos que trabalham ou votam juntos? Como é a dinâmica do Conselho?

PLANEJAMENTO EM SAÚDE: AGENDA, PLANO DE SAÚDE, QUADRO DE METAS

26. No seu município, como conselheiro você participou do processo de elaboração da

- Agenda de Saúde

- Quadro de metas
- Plano Municipal de Saúde

27. Você participou da aprovação da

- Agenda de saúde
- Quadro de metas
- Plano Municipal de Saúde

28. Você sente falta de informações que ajudem a melhorar seu desempenho como conselheiro?

- sim. Qual _____
- não

29. O C.M.S. já solicitou parecer técnico de pessoas convidadas para tomar posição e propor encaminhamento?

- sim. Qual _____
- não

PLANEJAMENTO EM SAÚDE: ORÇAMENTO, FINANCIAMENTO E PRESTAÇÃO DE CONTAS

30. Você já participou no seu Conselho de alguma discussão sobre orçamento?

- sim. Qual _____
- não

31. Você já apresentou alguma proposta de alteração de Orçamento?

- sim.
- não.

32. Você sente dificuldade para ler o Orçamento do Plano Municipal de seu município?

- sim.
- não.

FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO, SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DA MULHER.

33. O Conselho recebe todo ano o relatório de gestão?

- sim.
- não.

34. O relatório de gestão já foi criticado ou recusado?

- sim.
- não.

35. O que você imagina que poderia ser feito para que os Conselheiros acompanhassem e fiscalizassem as ações da Secretaria Municipal de Saúde?

36. São discutidas ações quanto à saúde ambiental?

sim.

não

37. São discutidas ações quanto a Saúde da Mulher?

sim.

não

Local e Data:

Ass. Do/a Pesquisador/a _____