



UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL



OLINI GIOCONDA DALMASIO

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAPETINGA:
SUAS AÇÕES E A PARTICIPAÇÃO POPULAR ENTRE 2011 A 2012**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

CURITIBA

2013

OLINI GIOCONDA DALMASIO

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAPETININGA:
SUAS AÇÕES E A PARTICIPAÇÃO POPULAR ENTRE 2011 E 2012.**

Monografia de Especialização apresentada ao Departamento Acadêmico de Gestão e Economia, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná como requisito parcial para obtenção do título de “Especialista em Gestão Pública Municipal”.

Orientador: Prof. Dr. Moisés Francisco Farah Júnior

EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA

CURITIBA

2013



TERMO DE APROVAÇÃO

Titulo da Monografia

Por

Olini Gioconda Dalmasio

Esta monografia foi apresentada às 15:30h do dia 06 **de dezembro de 2013** como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista no Curso de Especialização em **Gestão Pública Municipal**, Modalidade de Ensino a Distância, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Câmpus Curitiba. O (a) candidato (a) foi argüido pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho

Prof. Dr. MOISES FRANCISCO FARAH JUNIOR

UTFPR – Câmpus Curitiba

(orientador)

Prof. Dr. ANTÔNIO GONÇALVES DE OLIVEIRA

UTFPR – Câmpus Curitiba

Prof *M.Sc.* Thiago Cavalcante Nascimento

UTFPR – Câmpus Curitiba

Dedico este trabalho a minha mãe Nilza Morais Leite Dalmasio, in memoriam, pois devo a ela os primeiros passos no mundo do conhecimento formal e durante todas as outras etapas contei com seu apoio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço sobretudo a Deus pela vida, pelos meus potenciais e pelas oportunidades que me são oferecidas.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Moisés Francisco Farah Júnior, pela dedicação, pelas orientações e indicações, sempre à disposição para realmente conduzir com sabedoria meu caminho na elaboração deste trabalho.

Aos professores, pelos conhecimentos que transmitiram.

A tutora Alda do Perpétuo pela sua incansável atenção e conhecimentos que nos passou, contribuindo em todas as tarefas, a Solange e Danielly, tutoras presenciais, por todo apoio dado durante o curso.

Ao meu grupo de estudos, pela companhia, ajuda e troca de conhecimentos.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga, seu presidente e conselheiros, a secretária pela contribuição e pelos dados fornecidos.

Agradeço também a todos que de forma direta ou indireta colaboraram para a elaboração deste trabalho monográfico.

RESUMO

DALMASIO, Olini G. Conselho Municipal de Saúde: suas ações e a participação popular entre 2011 e 2012 no município de Itapetininga – SP. 2013. XX f. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

Esta pesquisa procurou abordar a questão da Formação do Conselho Municipal de Saúde em Itapetininga, suas ações e a ao mesmo tempo tomar conhecimento de como se dá a participação popular nessa esfera municipal. O suporte teórico foi feito por meio de bibliografia específica e documentos referentes à formação de Conselhos, bases tomadas pela Constituição Federal e leis que o regulamentaram. A pesquisa bibliográfica foi de caráter exploratória e descritiva, de natureza quanti-qualitativa. Os resultados deste estudo foram demonstrados através do decorrer da monografia, com alguns dados feitos por meio de entrevista informal com os conselheiros e questionários que foram tabulados, abrangendo assuntos relacionados aos objetivos de descrever as ações com a intenção de verificar a participação popular do COMUS. Nesse sentido foram apontadas as reuniões do Conselho Municipal e dos Conselhos locais. Constou desta pesquisa a coleta de dados e um rápido histórico sobre a evolução da saúde no Brasil, a criação do SUS e do COMUS. Em seguida foram apontados os objetivos do COMUS, sua composição, suas ações. A abordagem teve também como pretensão divulgar e deixar à disposição de pessoas que não têm acesso aos órgãos municipais e desconhecem o verdadeiro sentido dos Conselhos, conscientizando de que a contribuição de todos por meio de observações, projetos entre outros, ajudem a saúde coletiva e as demandas da cidade ou de sua loco região.

Palavras-chave: participação popular, conselho municipal, saúde.

ABSTRACT

DALMASIO, Olini G. Municipal Health Council: their actions and popular participation between 2011 and 2012 in the municipality of Itapetininga - SP. In 2013. XX f. Monograph (Specialization in Public Management Municipal) - Federal Technological University of Paraná. Curitiba, 2013

This research looked for handle the question of the Municipal Health Council formation in Itapetininga, its actions and at the same time get knowledge about how is the popular participation in this municipal sphere. The theorist support was made through specific bibliography and documents that refer to council's formations, bases taken by the Federal Constitution and laws that regulate it. The bibliographic research had an exploratory and a descriptive fabric, in a quanti-qualitative nature. The results of this study were demonstrated among the monograph with some data made through informal interview with the counselors and questionnaires that were tabulated, handling subjects related with the target of describing the action with the intention of verifying the popular participation in the CMS. In this meaning, the meetings of the Municipal Council and local Councils were pointed. This research reported the data collected and a quick historic about the health and care evolution in Brazil, the creation of SUS and the CMS. After that, the goals of CMS, its composition and actions were pointed too. The approach had also the intention of publish and let available to people that don't have access to the municipal entities and don't know the true meaning of councils, getting awareness that everybody's contribution through observation, projects and another things help the collective health and demands of the city or local zone.

Keywords: popular participation, city council, health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MAPA 1 UNIDADES BÁSICAS EM SAÚDE	25
FIGURA 2 – MAPA 2 UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	26

TABELAS

TABELA 1 – TRANSCRIÇÃO DAS ATAS DO COMUS DE ITAPETINGA EM 2011.... 37

TABELA 2 – TRANSCRIÇÃO DAS ATAS DO COMUS DE ITAPETINGA EM 2012.... 40

GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – GÊNERO	33
GRÁFICO 2 – IDADE	34
GRÁFICO 3 – GRAU DE INSTRUÇÃO	34
GRÁFICO 4 – PARTICIPAÇÃO POPULAR	34
GRÁFICO 5 – TEMPO DE SERVIÇO PÚBLICO	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	
2.1 Contextualização histórica da Saúde Pública no Brasil	14
2.2 Mudanças econômicas e políticas refletidas na saúde	16
2.3 Movimentos Sociais	20
2.4 A Reforma Sanitária	21
2.5 A Constituição Federal de 1988	22
2.6 Formação dos Conselhos Municipais de Saúde	24
3 METODOLOGIA	
3.1 Local de estudo	27
3.2 Tipo e técnicas da pesquisa	30
3.3 Construção e Coleta dos dados	30
3.4 Análise de Dados	31
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO	
4.1 Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga e a Participação Popular	32
4.2 Descrição do Processo de Participação Popular	33
4.3 Identificar as ações do COMUS	36
5. RESULTADOS	42
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um tema candente e abundante em todos os seus aspectos, seja no seu significado, na abrangência de seus aspectos ou nas áreas que ela envolve. Não significa somente que um ser humano não esteja doente física ou mentalmente, mas tudo o que ocorre em seu entorno, desde condições de higiene, moradia, saneamento, alimentação, aspectos sociais, educacionais, meios de transporte, políticas públicas, enfim a vida. Saúde é uma única palavra, porém com envolvimento em todos os aspectos da vida.

Assim, diante da proposta de elaborar um trabalho sobre saúde, depois de muitas buscas e mudanças de tema, chegou-se a questão tão próxima do dia-a-dia e das pessoas, que é a participação popular em saúde que se faz por meio do Conselho Municipal de Saúde. Porém, esse assunto precisa de um conhecimento mais profundo, de envolvimento e conscientização de direitos e deveres das ações da população.

O Conselho Municipal de Saúde – COMUS, segundo o Guia do Conselheiro (2002, p. 159) pode ser definido como “um órgão de estância colegiada de caráter permanente e deliberativo” fazendo parte da secretaria de saúde de cada município, consolidando a participação organizada da sociedade no sistema de saúde. Foi “criado com o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS (...) com base na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde n.8.080/90 e conforme definição emanada da 9ª. Conferência Nacional de Saúde”.

Então, subentende-se que os municípios que têm COMUS tendem a apresentar melhores resultados em saúde, pois através deles existe a fiscalização, o controle, a participação popular que conhece sua região e sabe das suas necessidades. Mesmo com a atuação do conselho e a participação popular, acontecem fatos irrelevantes, questões negativas em relação à saúde, que estão sempre em pauta, divulgados pela mídia, não resolvidas. Partindo-se do princípio que o sistema organizado em saúde é para e por todos os brasileiros, sendo a resposta de grandes lutas sociais, acredita-se na participação popular nestes e que fatores não resolvidos ou ludibriantes não deveriam existir.

Nesse sentido, pretendeu-se construir um trabalho investigativo em Itapetininga, sobre como se dá a participação popular nos COMUS. A cidade como em tantas outras, tem enfrentado muitos problemas em saúde, desde a carência de profissionais, estruturas arcaicas e desgastadas pelo tempo, falta de medicamentos nas unidades de saúde, até chegando a suspeitas de desvios de verbas municipais pela instituição administradora do Hospital

Regional da cidade, no período de janeiro até agosto de 2013, sob a interferência de uma CEI pela Câmara Municipal (<http://www.camaraitapetininga.sp.gov.br>).

Essas, entre outras irregularidades, acontecem constantemente e são assuntos também pertinentes aos conselhos. Sob esses aspectos é importante um conhecimento mais amplo sobre a participação popular através dos conselhos nas ações em saúde, justificando a razão do tema Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga: suas ações e a participação popular entre 2011 e 2012. A opção pela cidade é por ser o domicílio desta pós-graduanda.

Diante do exposto acima, o questionamento do trabalho é: A estrutura do COMUS favorece a participação popular? Para responder a esse questionamento e nortear o trabalho foram formulados objetivos, conforme apontados a seguir:

- Objetivo principal: descrever as ações do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga para identificar como ocorre a participação popular.
- Objetivos secundários:
 - Descrever as formas de ação do COMUS de Itapetininga;
 - Identificar as ações do COMUS de Itapetininga quanto a participação popular.

O assunto a ser estudado e apresentado em monografia poderá também contribuir na divulgação do COMUS de Itapetininga, ampliando conhecimentos da dinâmica deste e ao mesmo tempo dando transparência de como é feita a participação popular. O período trabalhado compreende o ano de 2011 a 2012. A metodologia utilizada é a descritiva de cunho bibliográfico, sob pesquisa quanti-qualitativa, sendo que para a parte empírica, foi utilizada a técnica de coleta de material por meio de questionários semi abertos passados para os conselheiros e outros componentes dos conselhos locais, junto à observação assistemática. Serão também utilizadas fontes de dados, primárias ou secundárias, neste caso as estatísticas de informações já disponíveis.

Em se tratando da empiria, segundo Demo (1995, p. 133):

“a questão da empiria coloca, antes da coleta e do uso do dado empírico, problemas teóricos, porque um dado não fala por si, mas pela boca de uma teoria. O dado não é em si evidente, mas feito evidente no quadro de referência em que é colhido.”

Enquanto a parte teórica será constituída por bibliografia que trate do assunto Conselho Municipal de Saúde, Leis, artigos, Manual do Conselheiro entre outros, por autores como Bertolli Filho (2011), Pedrini et al. (2007), Polignano (2008), Mehry (2007) e todos os outros que possam acrescentar conteúdo ao trabalho.

O local da pesquisa é Itapetininga, uma cidade do interior do Estado de São Paulo, distando à cerca de 170 km da capital, com uma extensão de 1.790.208km², segundo o censo de 2010, com 144.377 habitantes, tipo de terreno cerrado e mata Atlântica, voltada para agro-

pecuária, serviços e indústria. (Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=352230>. Acesso em 23.09.2013 às 09h.).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo 2 que é a fundamentação teórica, a abordagem feita no item 2.1 discorre sobre a contextualização histórica da saúde no Brasil. Em 2.2 relatam-se as mudanças políticas e econômicas refletidas na saúde e em 2.3 a redação abordou os movimentos sociais.

2.1 Contextualização histórica da saúde pública no Brasil

Em um primeiro momento, será feito um breve relato sobre a evolução da saúde no Brasil, necessária para o levantamento de algumas premissas importantes na história da saúde brasileira, para em seguida ser feita uma abordagem sobre a necessidade dos Conselhos Municipais de Saúde e sua atuação.

O rápido relato a seguir será baseado em Polignano (2008), apontando as influências políticas, sociais e econômicas na construção da saúde brasileira, conforme segue.

A partir do século XIX, com a vinda da família real, a cidade do Rio de Janeiro teria que ter uma estrutura sanitária mínima para dar suporte à corte portuguesa. Nesse período a saúde se ateve somente ao controle dos portos, navios e juntas sanitárias, que durou quase um século.

A atenção governamental em saúde nesse período esteve relacionada a aspectos de grande relevância como epidemias, incorporando problemas que atingiram grupos sociais organizados de regiões sócioeconômicas importantes, diante da perda de outros grupos não tão organizados e dispersos.

A situação era tão precária que um pouco antes da vinda da família real, em 1789, havia falta de profissionais médicos, sendo quase inexistente esses profissionais em outros Estados que não fosse o Rio de Janeiro. Mesmo no Estado do Rio de Janeiro tinha apenas 4 médicos. Nessa época, o país passava por epidemias, doenças graves como a febre amarela, a peste, a varíola, a malária. Esse quadro sanitário caótico em saúde no Brasil causou graves consequências tanto para a economia, pois os navios estrangeiros não queriam mais atracar no porto do Rio de Janeiro e a saúde coletiva estava totalmente comprometida.

Assim, com a vinda da família real criou-se uma estrutura sanitária mínima, cujas atividades se limitavam em: "delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais; controle de navios e saúde dos portos." (POLIGNANO, p. 3)

Entretanto no interior do país o Médico Miguel Pereira "retratava o Brasil como um imenso hospital, em que poderia perceber a dramaticidade de um quadro social de pânico

dominado pelas doenças e pelo total abandono do interior do Brasil" (SILVEIRA; LIMA, p. 1, 2004).

Assim foi o quadro de saúde no Brasil no período de 1808 até o início da primeira república, constituída em 1889. A primeira república ou república velha conforme foi chamada, de 1889 a 1930, foi um período de vários movimentos, um deles foi o chamado Liga Pró Saneamento do Brasil com a intenção de alertar as elites políticas, sociais e econômicas sob dois aspectos; o da precariedade do saneamento no Brasil e de obter apoio para o saneamento no interior do país, que estava em total abandono. Na realidade o quadro sanitário brasileiro contribuía para todo e qualquer tipo de epidemia.

O então presidente do Brasil, Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que intensificou seu trabalho no sentido de erradicar a epidemia da febre amarela. Foi criado um verdadeiro exército de 1.500 pessoas para fazer a desinfecção do mosquito causador da febre amarela. Porém, essa campanha foi concebida dentro de uma visão militar, usando a força, sob a revolta das pessoas. Os responsáveis pela erradicação entravam nas casas pegavam colchões e roupas de doentes e queimavam. Além dessa estratégia, foi instituída a lei Federal n. 1261, de 31 de outubro de 1904, a vacinação obrigatória anti-varíola. Apesar da revolta do povo em relação à forma como as medidas sanitárias estavam sendo aplicadas, estas obtiveram importantes vitórias, sendo que uma delas foi a erradicação da febre amarela que havia tomado conta da população da cidade do Rio de Janeiro. Nessa reforma do sanitarista Oswaldo Cruz, foram introduzidos alguns elementos que fizeram parte da luta a favor da saúde:

- " - o registro demográfico, possibilitando conhecer a composição e os fatos vitais de importância da população;
- a introdução do laboratório como auxiliar do diagnóstico etiológico;
- a fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa."

Já com medidas focalizadas nas necessidades da população, com a possibilidade de contar com laboratórios nos diagnósticos e a fabricação de produtos profiláticos, a saúde teve seus primeiros desafios tratados de forma mais efetiva e com mais ações. Em seguida, veio o sucessor de Oswaldo Cruz, o também médico sanitarista Carlos Chagas, reestruturando o Departamento Nacional de Saúde com ações diferenciadas tais como educativos sanitários e propagandas sobre a saúde. Foram também criados órgãos especializados em algumas doenças como a tuberculose, lepra, doenças venéreas e a expansão em saneamento para outros Estados.

2.2 Mudanças econômicas e políticas refletidas na saúde

No início do século XX o país passava de uma economia agrícola para a industrializada, dependendo da importação de mão de obra, principalmente de portugueses e italianos, que tinham grande experiência no setor industrial. A idéia de um sistema organizado de saúde foi então trazido por esses imigrantes, em especial pelos italianos, da criação de um órgão dentro do sistema de saúde que garantisse assistência aos trabalhadores e um outro órgão que garantisse os direitos trabalhistas. (POLIGNANO, 2008)

Nesse período, houve duas greves feitas pelo movimento operário; uma em 1917 e outra em 1919 dando início às conquistas sociais desses trabalhadores. Porém, o marco inicial da Previdência Social no Brasil foi feito por meio da Lei Eloy Chaves, aprovada pelo Congresso Nacional em 24 de janeiro de 1923, instituindo as Caixas de Aposentadoria e Pensão - as CAPS's. Ainda, segundo Polignano, algumas observações devem ser feitas como:

“(...) a lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano. Para que fosse aprovado no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural foi imposta a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais (...) perdeu até a década de 60 quando foi criado o FUNRURAL.
 . Outra particularidade refere-se ao fato de que as caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais.
 . A criação de uma CAPS também não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação.

O setor ferroviário nesse período desempenhava um papel importante na economia do país proporcionando à população oferta de muitos empregos. Como a CAP era um sistema feito por empresa, a primeira CAP no país foi a dos ferroviários. Esta não tinha a participação do Estado, as CAPs eram mantidas pelos operários empregados da empresa, pelas empresas e pelos consumidores das mesmas, numa porcentagem de 3% dos trabalhadores, 1% da renda bruta da empresa. Ficava a cargo da empresa o recolhimento das três fontes de contribuições. A comissão que a representava era formada por 3 representantes da própria empresa, sendo que um assumia a presidência da comissão e os dois outros eram representantes dos empregados, eleitos a cada 3 anos. Esse sistema de auxílio ao trabalhador permaneceu até a criação em 1967 do INPS.

A Lei Eloy Chaves em seu artigo 9 estipulava que:

"1º socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;
 2º medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;
 3º aposentadoria;
 4º pensão para seus herdeiros em caso de morte."

Nesse sentido a lei Eloy Chaves foi uma resposta às reivindicações populares quanto a assistência social e saúde. Vale observar que "em 1930 esse sistema já abrangia 47 CAP's, com 142.464 segurados ativos, 8006 aposentados e 7013 pensionistas. Entretanto, somente em 1939 foi regulamentada a justiça do trabalho e em 1943 promulgadas as Leis Trabalhistas. (cf. POLIGNANO, 2008, p.8/9)

Tomando-se como base a saúde pública a partir da era Vargas (1930 a 1945), segundo Bertolli Filho (2011, p. 30), a área sanitária passou a compartilhar da área educacional a partir do Ministério da Educação e da Saúde Pública, sendo uma das prioridades em reforma do governo. Havia um compromisso do Estado de zelar pela saúde da população. Esse compromisso foi recebido de diversas formas, dependendo da região, no caso de locais que não havia nenhum tipo de assistência médica. A proposta foi bem recebida, na expectativa de receber postos de saúde, médicos e hospitais, enquanto que em Estados mais atentos em saúde, que já possuíam serviços mais organizados, a proposta foi tida como desnecessária e centralizadora.

Ainda, segundo Polignano (2008), a atenção voltada para a saúde nesse período permitiu que fosse criado um sistema de saúde descentralizado e de acordo com as questões sanitárias de cada região. Entretanto, em São Paulo, sob o enfoque das reformas vanguardistas foi decretado o fim da descentralização, colocando no lugar do atendimento ágil e voltado para o povo, os agentes sanitaristas foram orientados para o tratamento de enfermidades específicas como a lepra entre outras, não atendendo mais outras moléstias que atingiam a região. Foram deixados em segundo plano moléstias como tuberculose, doenças da infância, atendimento a gestantes, repercutindo em todos os Estados. Houve a exclusão dos médicos nas decisões sanitárias, então formadas por políticos e burocratas que pouco conheciam sobre problemas de saúde e epidemiologia. Qualquer crítica feita a esse sistema não era bem vinda, era tida como comunismo.

Então, sob a tutela do Estado, em 1930, foi oferecido para várias categorias profissionais o modelo da Lei Elói Chaves, garantindo com isso assistência médica a uma grande população urbana enquanto o Estado não dispunha de nenhuma verba. Entretanto essas caixas de pensões ofereciam serviços irregulares a alguns doentes, que muitas vezes teriam que optar por uma parte do salário para tratar da saúde, principalmente no caso da tuberculose, que o tratamento teria que ser em lugares montanhosos, longe do trabalho e da família dessas pessoas.

Porém, no período de 1930 a 1945 houve um grande avanço em relação ao período anterior, segundo Bertolli Filho (2011, p. 34) foi nesse período que se instituiu a:

"Constituição de 1934 que incorporou algumas garantias ao operariado, tais como a assistência médica, a licença remunerada à gestante trabalhadora e a jornada de trabalho de oito horas. Nos anos seguintes, outros benefícios, como o salário mínimo, foram incluídos na legislação trabalhista culminando com o estabelecimento em 1943 com a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT"

A luta pela saúde sempre esteve presente, mesmo não chegando ao ideal das necessidades das pessoas. Com a força e influência dos médicos sanitaristas junto à população, aconteceram movimentos sensibilizatórios ou mesmo pressão aos governantes para atentarem para a saúde da população.

No período de 1945 a 1964 o Brasil teve grandes manifestações contra a ditadura getulista, vindo com isso um período de redemocratização, marcado por eleições diretas. Mesmo assim, sob o regime democrático, a política populista criada por Vargas foi mantida. O povo exigia que os governantes cumprissem com suas promessas feitas em campanhas demagógicas para manter o apoio popular. (BERTOLLI FILHO, 2011)

Então, em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, sendo mais um avanço. Os primeiros anos do ministério foram para combater doenças que atingiam as pessoas do interior do país, porém, sempre contando com verbas irrisórias, comprovando o descaso das autoridades para com a saúde. Pode-se dizer que essa a situação após 60 anos, ainda continua a mesma. (BERTOLLI FILHO, 2011)

Já no governo militar, durante o período de 1964 a 1985, o Estado estava voltado ao crescimento econômico, fazendo altos empréstimos no exterior para investir em industrialização no país. O crescimento industrial foi alcançado deixando para o país uma dívida externa muito grande. Com a industrialização a população urbana cresceu ainda mais, enquanto a oferta de empregos foi ficando mais escassa. Assim, o governo militar se utilizou do sistema previdenciário para dar apoio e sustentação social a todas as categorias, pois os Institutos de Aposentadorias e Pensões eram limitados somente a determinadas categorias profissionais. Para tanto o governo unificou o sistema previdenciário com a criação do INPS. (POLIGNANO 2004)

Os movimentos sociais tiveram grande importância na democratização do país, contrapondo-se à ditadura militar durante o período de 1964 a 1985, mais de duas décadas, sofrendo perseguições, torturas enquanto todas as formas de manifestações foram reprimidas. Mas, a população continuou se manifestando de outras maneiras, por meio da música, da arte, de grupos que lutavam clandestinamente para a volta da democracia, da liberdade de opinião, entre outras repressões impostas.

Nesse período da ditadura militar houve a aceleração na economia, sob o chamado milagre econômico, que representou uma fase de crescimento, as custas de recursos e financiamentos buscados externamente, investidos em infraestrutura, rodovias, estradas, portos, hidrelétricas, chegando a um crescimento do PIB de 12% ao ano e milhões de empregos foram gerados. A curto e médio prazo o crescimento apresentou aspectos positivos conforme citados, entretanto a longo prazo, gerou dívidas externas ao Brasil, sob a pena de juros altíssimos, deixando o país sem condições de investir, de pagar a dívida e tampouco de pagar os juros gerados. O trabalhador ficou com o salário sem poder aquisitivo, a saúde cada vez mais precária, sem investimentos, sem assistência ao trabalhador e aos desempregados, os quais não tinham como obter assistência médica e hospitalar. A princípio, as indústrias empregadoras davam pouca assistência ao trabalhador, porém aqueles que não mais estivessem ligados a alguma empresa, não tinham mais a assistência empresarial em saúde. Em 1974, no início do Governo Geisel, ainda permanecia a ditadura militar, o país na totalidade de seus Estados esteve sob a crise da escassez de investimentos. Alguns acontecimentos como o aumento do preço do petróleo, volta a inflação, desemprego, fomentaram mais ainda a crise tanto política, como econômica e social que o país estava passando. Então, diante desse quadro, o governo Geisel prevendo custos políticos altíssimos para a corporação militar, se o regime continuasse no formato linha dura, deu início a um processo de mudança. Nesse mesmo período o Movimento Democrático Brasileiro-MDB, "conseguiu expressiva vitória nas eleições gerais de novembro de 1974, conquistando 59% dos votos para o Senado, 48% da Câmara dos Deputados e as prefeituras da maioria das grandes cidades." Por esses motivos o presidente Geisel iniciou o processo de abertura política e redemocratização, assim, no final do seu mandato, a repressão diminuiu "as oposições políticas, o movimento estudantil e os movimentos sociais começaram a se reorganizar." Em seguida veio o Governo Figueiredo, que durou de 1979 a 1985, já em processo de democratização, assistindo o movimento diretas já. (disponível em <http://educacao.uol.com.br/disciplinas/historia-brasil/ditadura-militar-1964-1985-breve-historia-do-regime-militar.htm>, consulta feita em 01.09.2013):

“No último ano do governo Figueiredo surgiu o movimento das Diretas Já, que mobilizou toda a população em defesa de eleições diretas para a escolha do próximo presidente da República. O governo, porém, resistiu e conseguiu barrar a Lei Dante de Oliveira. Desse modo, o sucessor de Figueiredo foi escolhido indiretamente pelo Colégio Eleitoral, formado pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal. Em 15 de janeiro de 1985, o Colégio Eleitoral escolheu o deputado como novo presidente da República. Tancredo derrotou o deputado Paulo Maluf. Tancredo Neves, no entanto, adoeceu e morreu. Em seu lugar, assumiu o vice-presidente.”

Diante desse quadro, a organização da Saúde Pública no Brasil, segundo Costa "foi uma resposta das classes dirigentes nacionais a inúmeras ameaças que tolhiam o desenvolvimento de novas relações econômicas no país." Assim, essas ameaças e a luta popular foram determinantes para as concepções de organização sanitária e as ações de saúde pública. (disponível em http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html, consulta feita em 01.09.2013)

2.3 Movimentos sociais

A consulta feita no sítio www.saudedafamilia.blogspot.com.br/2010/02/o-final-da-decada-de-80-no-brasil-foi.html, (acesso em 08.09.2013 às 14h) deu sustentação aos dados colocados a seguir.

As demandas sociais foram refreadas no período do governo militar durante o ano de 1964 até 1985 emergindo a partir de então os movimentos sociais que pediam por habitação, saúde, saneamento, educação. Mas, em se tratando de saúde, a mobilização e pressão aos governantes já vinham sendo feitas a partir do final de 1970. Os movimentos sociais tiveram papel importante no processo de democratização, incorporando representatividade da sociedade por meio de órgãos sociais.

De acordo com a força e a expressividade do movimento de um determinado setor, era diferenciado a atuação do Conselho correspondente. A pressão popular para que o Estado tivesse maior preocupação e atuação com as condições sanitárias da população, demonstrando expressividade, foi um determinante para que acontecesse a Reforma Sanitária.

Após a Constituição de 1988, foram criados vários Conselhos para atender as reivindicações populares, para serem co-gestores das políticas públicas em todas as esferas: municipal, estadual e federal. Foi assim que os Conselhos foram incorporados na Constituição, no sentido de serem canais efetivos da participação popular, no exercício de uma cidadania ativa. A participação da comunidade estaria assegurada na gestão dos problemas da sua região e ao mesmo tempo estaria propondo soluções e cooperando na implantação de políticas públicas.

2.4 A Reforma Sanitária

A construção da redação a seguir teve como suporte teórico Polignano (2008) e a biblioteca virtual Sergio Arouca (Disponível em <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>, consulta feita 20.08.2013 às 9h), descrevendo o que foi a reforma sanitária, os movimentos sociais e as transformações que o povo reivindicava.

Bem, mas o que significa Reforma Sanitária? Segundo consulta feita no site acima citado, o termo significa um conjunto de idéias partilhadas por um grupo de pessoas que tinham os mesmos objetivos de efetuar mudanças necessárias em todo o sistema de saúde. O termo surgiu em função da reforma sanitária italiana e foi empregado no Brasil no sentido de abranger e transformar todo o setor de saúde.

O movimento surgiu no final de 1960, época em que a ditadura se exercia mais repressiva. Sérgio Arouca um dos principais líderes do movimento sanitário, dizia que a reforma sanitária tinha nascido na luta contra a ditadura e no ato de ser médico, muito embora não tivesse caráter político, mas sim social. Os espaços da Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, da Universidade de Campinas e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro davam abertura para um pensamento novo sobre saúde. Nesse período, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, - CEBES, entidade importante na luta para a Reforma Sanitária.

Assim, o movimento sanitário tinha propostas concretas, sendo a primeira a saúde como direito de todos independente de ser contribuinte ou não, de ser da área urbana ou rural, não podendo excluir ou discriminar nenhum cidadão brasileiro. A segunda era a de garantir aos cidadãos o acesso à saúde seja preventiva ou curativa e que essa garantia e acesso estivessem integrados a um sistema único. A terceira, era a descentralização administrativa e financeira para que as pessoas em qualquer lugar que estivessem, pudessem ter acesso ao atendimento, e a quarta, o controle social das ações em saúde. (Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>. Consulta feita em 09.08.2013, às 09h)

Nesse sentido de mudanças, se constituiu a base de novas idéias para o sistema de Saúde. Várias correntes se uniram como protagonistas, profissionais médicos, movimento estudantil entre outros que aderiram ao propósito, difundindo idéias sobre a reforma. Com a denominação de Saúde e Democracia já no final da ditadura, em 1984, o movimento em prol das mudanças se articulava com as respectivas propostas, se constituindo em um grande marco quando do seu envio para o Legislativo. Ainda, segundo Sergio Arouca, seria

importante a transferência do Instituto Nacional de Assistência Social - Inamps para o Ministério da Saúde, órgão apropriado para conter a saúde.

A seguir, vale destacar um dos escritos do médico sanitarista Sérgio Arouca, quem muito trabalhou para a melhoria da saúde a favor do trabalhador brasileiro e da população em geral: (Disponível em http://bvsarouca.iciet.fiocruz.br/sanitarista_05.html. Consulta feita em 20.08.2013 às 09h)

"Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado."

Sergio Arouca, 1998.

2.5 A Constituição Federal de 1988

Este capítulo vai ser construído baseado em 2.5.1 Constituição Federal de 1988; 2.5.2 Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 2.5.3 Constituição do Conselho Municipal de Saúde, para a discussão sobre a organização e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). O suporte teórico teve como base consulta (01.09.2013 às 09h) no sítio <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102408> e no Guia do Conselheiro (2002).

2.5.1 Constituição Federal de 1988

Em atendimento às demandas sociais e em prol da democracia, após mais de 20 anos de ditadura (1964 a 1985), quando o povo já proclamava por mudanças, por melhores condições de vida, de trabalho, saúde, assistência social, entre outras questões, foi elaborada a Nova Constituição. A Constituição da República Federativa do Brasil ou Carta Magna foi promulgada em 5 de outubro de 1988, pela Assembléia Constituinte formada por deputados e senadores, 559 congressistas, a sétima versão na história da República a favor de todo o processo de redemocratização e em atenção às necessidades do Brasil e do povo brasileiro. (Disponível em <http://www.brasil.gov.br/sobre/o-brasil/constituicao>. Acesso em 09.08.2013 às 09h)

Segundo o mesmo sítio consultado, foram conseguidos alguns avanços por meio da Constituição, citados a seguir:

- SUS como sistema único de saúde no país.
- Voto facultativo para cidadãos entre 16 e 17 anos.
- Maior autonomia para os municípios.
- Garantia de demarcação de terras indígenas.
- Lei de proteção ao meio ambiente.
- Garantia de aposentadoria para trabalhadores rurais sem precisarem ter contribuído com o INSS.
- Fim da censura a emissoras de rádio e TV, filmes, peças de teatro, jornais e revistas, etc.
- Redução do mandato presidencial de cinco para quatro anos.”

Assim, o Sistema Único de Saúde – SUS garantiu constitucionalmente os direitos dos cidadãos quanto à saúde entre outras áreas, de acordo com o artigo 196 Seção II (Disponível em <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102408>, consulta feita em 19.09.2013, às 09h), a seguir:

“Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Nesse sentido todos os cidadãos têm direito à saúde e esta é um dever do Estado, garantindo medidas apropriadas para cumprir com esses objetivos.

Sob o foco da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, em saúde, seus fatores determinantes para a organização social, o artigo 3º do Título I das Disposições Gerais se refere “à moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”, discorrendo sobre as condições sociais que garantem a saúde do cidadão dentro de uma organização sócioeconômica. Conforme descrito por Lei, teoricamente, está previsto que o cidadão possua de forma socialmente organizada, condições dignas de moradia, alimentação e vestuário suficientes, bairros e locais com saneamento básico, água potável, escolas, ensino de qualidade e igualdade social, para jovens, idosos e crianças. Que estes possam viver condignamente dentro de cada faixa etária e sem carências, em que as políticas econômicas ofereçam tais condições, meios de transporte, lazer, entre outros. A Lei previu a cobertura de todas as áreas para não haver carências ou pelo menos não existir formas desumanas de vida e de extrema pobreza.

Nesse mesmo sentido, a saúde pública tem o suporte legal, em que a vida e os cuidados para que esta flua de maneira harmônica, com atendimento digno, esteja presente no sistema municipal, estadual e federal, de forma que atendam os 5 princípios do SUS:

universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, repetindo: a todos os brasileiros.

Em consulta ao Título I, Das Disposições Gerais do art. 3º, do Guia do Conselheiro (2002, p. 139) confirma-se que:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

E, complementando com o parágrafo único do art. 3º: “Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.”

Assim, o Sistema Único de Saúde foi constituído para que de forma direta ou indireta preste ações e serviços de saúde à população em geral, garantida pelo Título II do Sistema Único de Saúde em sua Disposição Preliminar do art. 4º. (GUIA DO CONSELHEIRO, 2002. p. 140)

O Sistema Único de Saúde foi organizado, mas caberia ainda uma legalização da participação popular e de um órgão regulador desse sistema. Assim, nos termos da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, segundo o Guia do Conselheiro (2002, p. 156) dispôs:

“sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.”

2.6 Formação dos Conselhos Municipais de Saúde

Os Conselhos Municipais de Saúde foram criados para atendimento em saúde como um órgão regulador e fiscalizados do Sistema Único de Saúde - SUS. Assim, a construção deste capítulo vai ser sobre 2.6.1 A Lei Municipal regulamentadora do Conselho Municipal de Saúde; 2.6.2 Definição e Formação do Conselho Municipal de Saúde e o 2.6.3 A participação popular no Conselho Municipal de Saúde. Com isso o direito da sociedade de participar das políticas públicas em saúde foi assegurado.

2.6.1 A Lei Municipal regulamentadora do Conselho Municipal de Saúde

Após reivindicações populares para participar mais efetivamente das formas de elaboração das políticas sociais e do levantamento das necessidades da população, dos trabalhadores em geral sobre a saúde e suas carências, foi também criado os Conselhos

Municipais de Saúde, como um órgão regulador e fiscalizador das políticas sociais em saúde, do SUS, formalizados pela Constituição de 1988 e regulamentos pela Lei 8.142 de 28 de novembro de 1990. Segundo a resolução 33, de 23 de dezembro de 1990, da Lei em pauta, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde resolveu que a consolidação e melhoria do controle social do SUS seria por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

Foi deixado pelo governo federal, à disposição dos municípios, um modelo de ofício para regulamentar a lei municipal em relação aos Conselhos Municipais (ANEXO 3). (Disponível em modelo de lei do conselho municipal de saúde, busca Google, Acesso em 18.09.2103 às 09h).

2.6.2 A Definição e Formação do Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde, segundo o Guia do Conselheiro (2002, p.159) é definido como:

“órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos estados e município, com composição, organização e competência fixadas em lei.”

Assim, em outras palavras do que foi relatado pelo Guia do Conselheiro, pode-se entender que o Conselho é formado por um grupo de pessoas, com os mesmos poderes e que tomam decisão em conjunto, daí o nome colegiado, sob uma organização e atribuições determinadas por lei para atuar no controle social de um município. O termo colegiado¹ significa “que está se reunindo com outros em colégio (...) diz-se de ou órgão dirigente cujos membros têm poderes iguais”.

Nesse sentido, a composição de um Conselho de Saúde é feita de forma paritária em relação a outros segmentos, tendo a representatividade do governo, profissionais da área da saúde, de prestadores de serviços de saúde e de usuários. Sendo em uma porcentagem de 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (públicos e privados). O presidente do COMUS será eleito em reunião plenária pelos membros do Conselho, sendo que a mesa segundo o modelo de Lei do Conselho Municipal de Saúde é composta pelo presidente, vice-presidente, secretário e vice-secretário. É recomendado pelo Guia do Conselheiro que o número de conselheiros não seja inferior a 10 e nem superior a 20 membros, ficando a critério de cada município junto aos segmentos que farão parte do número

¹DICIONÁRIO HOUAISS, (2001, p. 758)

ideal, mas, preservando-se sempre o princípio da paridade. (GUIA DO CONSELHEIRO, 2001, p. 160).

3 METODOLOGIA

Para um trabalho acadêmico é necessário ter a metodologia adequada, métodos e técnicas, pois de acordo com Demo (1995, p. 59):

“Metodologia é disciplina instrumental para o cientista social. Alguns se dedicam a ela especificamente e fazem dela um campo próprio de pesquisa. Mas, apesar de instrumental, é condição necessária para a competência científica, porque poucas coisas cristalizam incompetência mais gritante do que a despreocupação metodológica. Perguntar-se sempre o que faz científica a ciência é preocupação que está na origem da capacidade produtiva.”

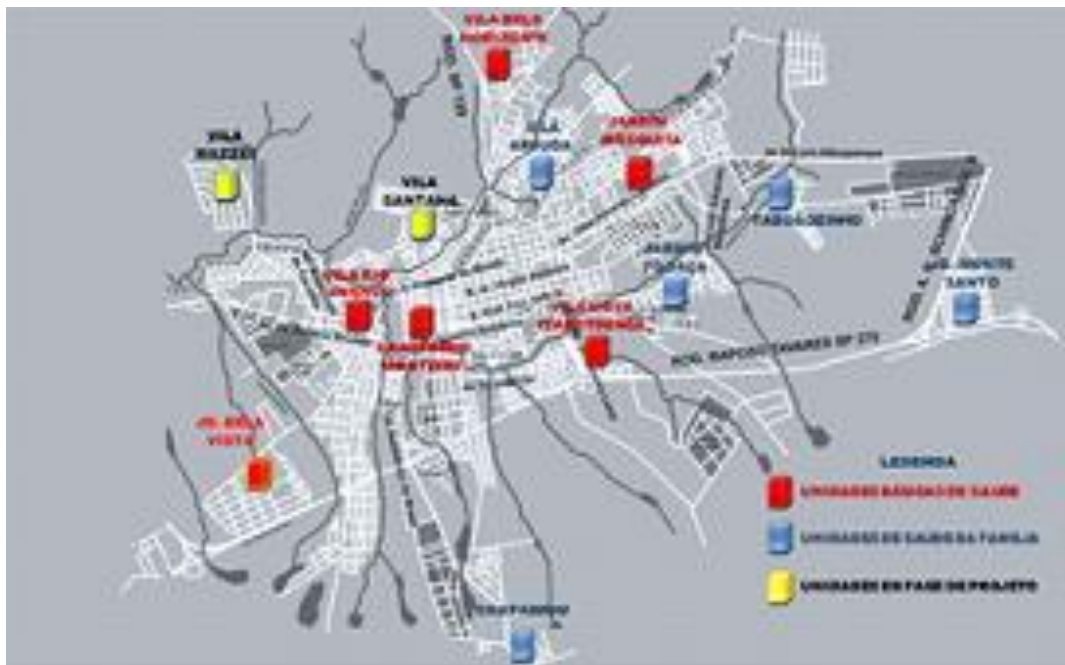
Procurando seguir o rigor metodológico de um trabalho de caráter científico, disposto da forma a seguir: 3.1 O local de estudo; 3.2 Tipo e técnicas de pesquisa; 3.3 Construção e coleta de dados e 3.4 Análise dos dados.

3.1 Local de estudo

O estudo será realizado na cidade de Itapetininga, a sudoeste do Estado de São Paulo, a uma distância de 176 km da capital. De acordo com o censo de 2010, Itapetininga possui 144.377 habitantes, 1.790.208 km², tipo de terreno - cerrado, altitude de 670 metros, composta por 12 municípios, fundada em 15 de novembro de 1770. Sua economia é agrícola, possuindo o maior PIB do Estado, nesse setor.

Em se tratando de saúde, a cidade conta com 5 Unidades Básicas de Saúde - UBS, 1 diferenciada, 12 PSF (Programa de Saúde da Família) e 14 unidades de Apoio, mas, possui somente um hospital, ainda precário quanto ao atendimento à população e instalações. O Hospital já passou por reformas, aproveitando as instalações da Santa Casa de Misericórdia, local em que está instalado e por três administrações, sendo a última administração iniciada em 2013 ficando até julho desse mesmo. (Disponível em <http://g1.globo.com/sao-paulo/itapetininga-regiao/noticia/2013/01/conheca-historia-do-hospital-regional-de-itapetininga-sp.html>. Acesso em 10.09.2013 às 10h.)

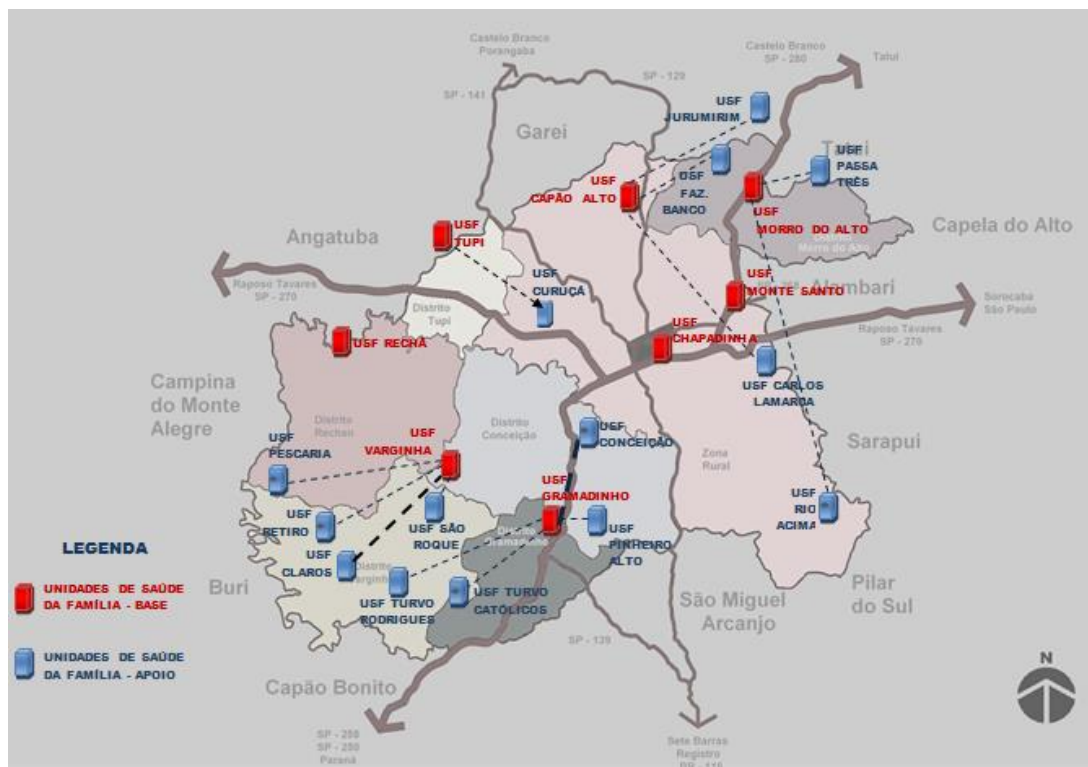
A seguir foram colocados dois mapas da cidade de Itapetininga, indicando as unidades de saúde, o mapa ref. as Unidades Básicas em Saúde – UBS, e o mapa 2, ref. Programa de Saúde da família – PSF, o número de unidades e a sua localização em Itapetininga; a seguir:



MAPA 1 - UNIDADES BÁSICAS EM SAÚDE - UBS

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga 2013

De acordo com o mapa 1, as Unidades Básicas de Saúde - UBS, na cor vermelha, são em número de 7. A função das UBS é oferecer a população daquela região um atendimento básico, a porta referencial de entrada do SUS para desafogar os hospitais e atender até 80% da população. Nesses postos os usuários “têm consultas médicas, curativos, tratamento odontológico, tomar vacinas e coletar exames laboratoriais” São também fornecidos medicamentos básicos e se necessário encaminhamentos para as especialidades. (Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/usuarios-do-sus-serao-atendidos-em-unidades-proximas-a-seus-domicilios>. Acesso em 20.09.2013 às 09h)



MAPA 2 – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga 2013

De acordo com o mapa 2, são mostradas na cor azul, 14 unidades de atendimento do Programa de Saúde da Família – PSF. Os dois mapas são referentes às unidades que atendem à saúde em Itapetininga, mostram que a cidade está coberta pelo sistema de saúde, descentralizado, para atender cidadãos de qualquer parte do município. (Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/usuarios-do-sus-serao-atendidos-em-unidades-proximas-a-seus-domicilios>. Acesso em 20.09.2013 às 09h)

3.2 Tipo e técnicas da pesquisa

O objeto da pesquisa deste trabalho é o Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga, enquanto representante da população nas questões de saúde. Toda pesquisa é "uma atividade voltada para a solução de problemas, que se utiliza de um método para investigar e analisar estas soluções, buscando também algo 'novo' no processo do conhecimento" (PÁDUA, 1991, p. 149).

Nesse sentido, o trabalho envolveu um estudo de caráter exploratório, descritivo, documental, bibliográfico, pois qualquer que seja o campo a ser pesquisado, sempre será necessária uma pesquisa bibliográfica, para se ter um conhecimento prévio do estágio em que se encontra o assunto” (PARRA FILHO e SANTOS, 2002, p.97), sendo composto por literatura especializada para dar suporte teórico ao trabalho, assim como artigos da Internet e Leis que regulamentaram o COMUS. Sendo assim, as técnicas de coleta de dados, primeiro por dados bibliográficos, leis, decretos e em seguida pela elaboração da parte prática, por meio de questionário semiaberto e entrevista informal não estruturada, valendo do anonimato para que os dados obtidos correspondessem fielmente à realidade, transportados para tabelas no decorrer do trabalho. Os instrumentos utilizados foram o questionário, a entrevista, observação indireta e assistemática. “A pesquisa teve um caráter descritivo, com técnicas para a coleta de dados por meio de questionário semiaberto (ANEXO 2) e entrevista informal sobre o COMUS. As respostas foram tabuladas e analisadas de forma quanti-qualitativa, na intenção de evidenciar a participação popular ou não, de que forma é feita e as ações do COMUS. A entrevista informal foi feita com três membros do COMUS, o presidente e dois conselheiros que estão desde a criação do Conselho e ainda em atividade neste ano de 2013.

3.3 Construção e Coleta dos dados

Conforme já mencionado, para a construção teórica, foram coletados dados de livros, artigos, utilizando-se do recurso da pesquisa bibliográfica, que segundo Gil (2006) essa pesquisa é desenvolvida a partir de algum material já elaborado, utilizando principalmente de livros e artigos científicos para sua produção (...) e também a pesquisa documental, considerada semelhante à pesquisa bibliográfica. Então, para a construção desta monografia foram utilizados livros, legislações, dissertações, documentos, entre outros. Aproveitando o evento da Conferência Municipal de Saúde e com a devida autorização do presidente do Conselho, foram passados questionários para todos os presentes (QUESTIONÁRIO 1)

composto por usuários e componentes dos Conselhos Locais de Saúde conforme anexo 2.

3.4 Análise dos dados

Para a análise de dados foi utilizado um questionário com as perguntas adequadas que pudessem fornecer dados para a análise e discussão deste trabalho. Segundo Parra Filho e Santos (2002, p. 103)

“outra forma muito utilizada para a coleta de dados é a elaboração de um questionário a ser preenchido pelo informante, que pode valer-se do anonimato, permitindo desta forma, que os dados obtidos correspondam fielmente aos anseios do informante”

Assim, foi feita coleta de material originário do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga, por meio de questionário (ANEXO 2) para todos os participantes da Conferência Municipal de Saúde em 13 de setembro de 2013 em Itapetininga, no horário das 09h às 12h., representantes dos conselhos locais, enfermeiros, técnicos em enfermagem e público da sociedade civil, os quais responderam ao questionário de acordo com objetivos propostos no trabalho. Os dados serão analisados através do conteúdo obtido.

Outros conhecimentos também se fizeram necessário para esta construção, elencados a seguir:

- Constituição Federal de 1988
- Leis Federais nº 8080/90 e 8142/90
- Lei Orgânica do Município de Itapetininga
- Regimento Interno Atualizado em 2013 do COMUS
- Atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, no período de 01/01/2011 a 31/08/2012.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO

4.1 Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga e a Participação Popular

A Lei Municipal em Itapetininga que determinou a criação do Conselho Municipal de Saúde foi em julho de 1991, seis meses após a Lei Federal 8142, sob nº 3.141 aprovada pela Câmara Municipal de Itapetininga, sancionada e promulgada pelo prefeito Municipal da época, José Carlos Tardelli. No art. 1º da Lei Municipal estabelecia-se que o COMUS teria a participação em caráter de decisão das ações em saúde sob a representatividade da população. Gestão e controle da política municipal em saúde, planejar e fiscalizar aplicação de recursos, aprovar convênios para atender as diretrizes do plano municipal de saúde, assessorar o secretário municipal de saúde em suas ações na implantação e desenvolvimento das políticas em saúde, aprovar ou não a conveniência em projetos, acompanhar e fiscalizar as ações em saúde, assistir os conselhos gestores das unidades de saúde

Órgão deliberativo e paritário, a princípio sua composição foi de:

- 1 representante da Secretaria Municipal de Saúde indicado pelo prefeito
- 1 representante do Escritório Regional de Saúde – SERSA
- 1 representante da Santa Casa de Misericórdia de Itapetininga
- 2 representantes de nível médio da rede municipal de saúde
- 2 representantes de nível superior da rede municipal de saúde
- 2 usuários representantes da rede rural dos Conselhos Gestores de Saúde
- 2 usuários representantes da rede urbana dos Conselhos Gestores de Saúde
- 4 representantes da sociedade organizada sendo 1 da zona rural
- 1 representante do hospital psiquiátrico Dr. Laert Vieira Pires

Com exceção da representatividade constante nos artigos I, II, III dos indicados para o COMUS, os demais representantes serão eleitos pelos grupos que os representam e terão um suplente cada um.

Atualmente o Conselho Municipal de Saúde está composto da seguinte forma, segundo capítulo III da Organização, Estrutura e Funcionamento (2011):

- “CAPITULO III – Da Organização, Estrutura e Funcionamento
- Art. 4º - O COMUS/Itapetininga será constituído pelos seguintes órgãos:
 - . Plenária Geral
 - . Diretoria
 - . Secretaria Executiva
 - . Comissões Permanentes e Temáticas
 - . Assessoria Técnica

. Comissões Especiais

Art. 5º - O plenário do COMUS/Itapetininga é o órgão deliberativo máximo, constituído por 16 (dezesesseis) conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, representantes de órgãos e entidades da área governamental, dos prestadores de serviços de saúde ao SUS, dos profissionais vinculados a saúde e da sociedade civil organizada, conforme os termos da legislação.

Paragrafo 1º - A alteração da composição plenária do COMUS/Itapetininga deverá ser previamente deliberada pelo plenário, com aprovação e dois terços de seus integrantes em reunião convocada para este fim;

Paragrafo 2º - A composição do Plenário deverá ser de 8 (oito) representantes de Usuários, 4 (quatro) representantes de Profissionais da área de saúde, 04 (quatro) representantes de Prestadores de serviço de saúde ao SUS e de representações de órgãos Público respeitada à legislação Municipal e do Conselho Nacional de Saúde que determina a seguinte distribuição percentual;

- 50% de entidades de usuários

- 25% de trabalhadores de saúde

- 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.”

4.2 Descrição do processo de participação popular

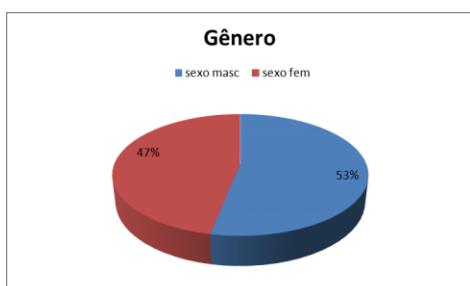
A proposta do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga é feita por meio de reuniões quinzenais e uma reunião mensal com os Conselhos Gestores Locais. Este ano de 2013 foi feita a Conferência Municipal de Saúde em 13 de setembro de 2013. Aproveitando esse momento, foi passado um questionário para todos os presentes para uma análise e sondagem sobre a interação e o conhecimento de todos, constando o conhecimento, envolvimento e participação popular no conselho municipal de saúde, com os indicadores de sexo, idade, instrução, membro do conselho ou participação popular, formação escolar, tempo de serviço público, profissão, se já ouviu falar do COMUS, se sabe para que serve, em caso positivo descrever para que serve e se acha importante participar.

De um público de mais de cinquenta pessoas, 32 responderam o questionário – não havia obrigatoriedade. A seguir:

QUESTIONÁRIO 1 – Perfil do Público da Conferência Municipal em Saúde que respondeu ao questionário:

1. Sexo : 19 masc 13 fem.

GRÁFICO 1 - GÊNERO



2. Idade:

20-29 anos	– 03(12%)
30-39 anos	– 07(27%)
40-49 anos	– 03(12%)
50-59 anos	– 10(38%)
60-69 anos	– 04(15%)
70 ou mais	– 02(8%)
Sem infor.	– 03(12%)

GRÁFICO 2 - IDADE

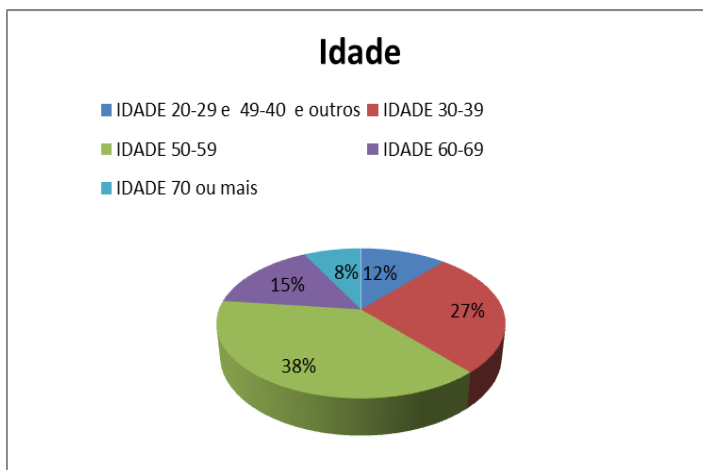


GRÁFICO 3 – GRAU DE INSTRUÇÃO

3. Grau de instrução

E. básico	- 03(14%)
E. Fundamental	- 01(5%)
E. Médio	- 08(38%)
Graduação	- 09(43%)
Pós Graduação	- 08(38%)
Sem inform.	- 03(14%)

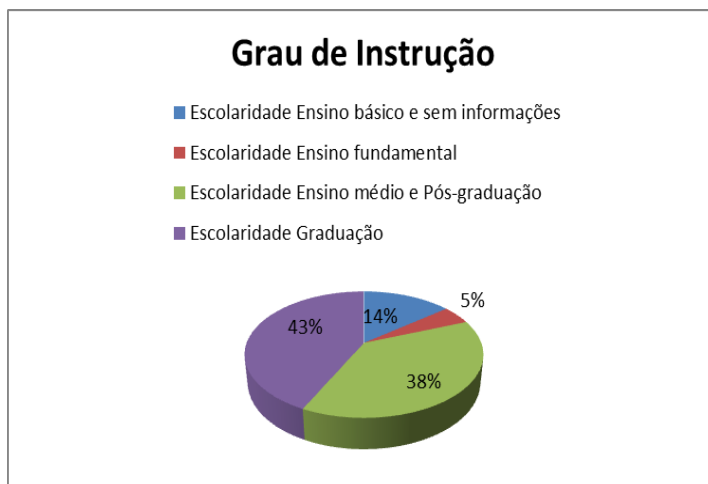


GRÁFICO 4 – PARTICIPAÇÃO POPULAR

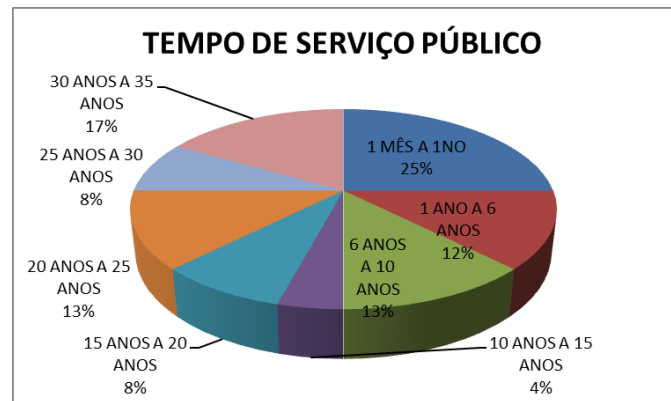
4. Participação popular: 08 pessoas



GRÁFICO 5 – TEMPO DE SERVIÇO PÚBLICO

5. Tempo serviço público:

- de 01 mês a 01 ano - 06 pessoas
- de 01 ano a 06 anos - 03 pessoas
- de 06 anos a 10 anos - 03 pessoas
- de 10 anos a 15 anos - 01 pessoa
- de 15 anos a 20 anos - 02 pessoas
- de 20 anos a 25 anos - 03 pessoas
- de 25 anos a 30 anos - 02 pessoas
- de 30 anos a 35 anos - 04 pessoas



Total de 24 pessoas do serviço público municipal

6. Tempo de participação no Conselho: 3 pessoas entre 10 e 12 anos de participação, e, 5 pessoas entre 1 mês a 1 ano de participação.
7. Já ouviu falar do COMUS – Todos os participantes Já ouviram falar do COMUS.
8. Acha importante a participação popular: 21 pessoas responderam – sim; 03 pessoas responderam - não sei; 3 pessoas responderam - não e o restante não colocou resposta.
9. Sabe para que serve, se sim escrever para que.

Respostas:

- “propor soluções, fiscalizar serviços, levantar necessidades;
- controle social, levantar necessidades, articular propostas, propor políticas públicas;
- discutir e agir em prol da saúde pública;
- por em discussão e execução propostas para melhoria da população;
- procurar por melhorias em saúde;
- ter conhecimento de melhorias em saúde e levar melhorias;
- para ajudar a população;
- controle social do SUS;
- discutir ações e propostas de saúde;
- aprovar ações de saúde no município;
- saúde do trabalhador;
- leva propostas para melhorias para a população;
- cobrar, supervisionar, dar idéias;

- controle social;
- dar alicerce às pessoas que precisam;
- melhoria em saúde;
- deliberar políticas públicas em saúde;
- fiscalizar, propor ações em saúde para a comunidade;
- promover participação popular e gestão em saúde pública;
- controle e deliberação de políticas públicas;
- procurar acordo com direção e administração;
- discutir políticas públicas, direitos, cobrar clareza.”

Foram dadas 22 respostas e o restante, em branco.

Para resumir a participação popular e o perfil das pessoas, de acordo com as respostas dadas no questionário acima citado e alguns dados colocados em gráficos, os participantes são na maioria do sexo masculino, predominando a idade entre 30 e 39 anos e de 50 a 59 anos. A escolaridade predominante é do Ensino Médio, Graduação e Pós-graduação. Participaram membros do Conselho, 24 pessoas do serviço público municipal e o restante em outras profissões. Todos já ouviram falar do COMUS.

Percebeu-se por meio dos resultados que a grande maioria da participação popular se faz pelos funcionários municipais da saúde, profissão na área da enfermagem e que é muito insignificante a participação de pessoas que não estão ligadas à área da saúde e do serviço municipal. Então, a participação popular se dá através desses funcionários deixando um grande espaço para outros atores sociais e pessoas físicas de outras áreas participarem.

Observou-se também que a maioria das pessoas que respondeu o questionário tem conhecimento da função do COMUS, sua pertinência social e principais atribuições. Quanto a abertura para a participação popular ficou restrita aos funcionários municipais, sem expressividade popular.

4.3 Identificar as ações do COMUS

Neste tópico serão demonstrados através de tabelas dados retirados das ATAS de reunião ordinária e extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Itapetininga. A seguir, tabela 1 para as Reuniões Ordinárias e no final das Reuniões Extraordinárias de 2011, e tabela 2 para as Reuniões Ordinárias e no final as Reuniões Extraordinárias de 2012, sob uma seleção dos assuntos mais pertinentes, que demonstrem a participação popular, enquanto

outros tais como aspectos burocráticos, organização e criação de conselhos, funcionamento, horários, protocolos, avisos sobre conferências entre outros, serão descartados. Assim, a tabela será elaborada com a transcrição da data, do assunto relevante e da ação correspondente.

O total de Atas em 2011 foram 17, sendo 14 Atas de Reuniões Ordinárias e 3 Atas de Reuniões Extraordinárias e em 2012, totalizando 22 Atas, sendo 15 Atas de Reuniões Ordinárias e 07 Atas de Reuniões Extraordinárias. A seguir:

TABELA 1 – TRANSCRIÇÃO DE ATAS DO COMUS DE ITAPETININGA EM 2011

Data	Assunto
10.02	<p>Presidente do COMUS, em reunião com o Secretário Municipal de Saúde, para renovar a importância do trabalho em conjunto. Teve a assertiva do Secretário de Saúde.</p> <p>Observação da fraca participação dos Conselhos Gestores de Saúde, sem mostrar as necessidades do seu público usuário, as sugestões e solicitações de melhorias, não foram discutidas e tampouco colocadas em prática.</p> <p>Levantou-se a necessidade de incentivar a população a maior participação através dos conselhos locais.</p> <p>Colocação sobre a formação do Conselho Regional de Saúde.</p> <p>AÇÕES: Visitas em todas as unidades de saúde (Conselhos Gestores de Saúde). Capacitar conselheiros iniciando com os chefes das unidades de saúde a partir de março de 2011. Solicitação aos Conselhos Gestores para enviar Atas de Reuniões com a situação de reivindicações e solicitações da população de sua localidade.</p>
24.02	<p>- Espaço físico pequeno da unidade Vila Arruda comportando 3 PSF, faltando espaço para atendimento odontológico e equipes.</p> <p>- Unidade da Vila Arruda não dá conta da demanda.</p> <p>- Unidade Genefredo Monteiro – GM, comunicou que o excedente da U. Vila Arruda está sendo atendido pelo GM, acarretando excesso.</p> <p>- Marcações de consultas em especialidades confuso e carente para a população.</p> <p>AÇÕES: Aprovação do protocolo Odontológico. Memorando à Secretaria de Saúde para pleitear um Odontomóvel. Comunicado à SMS sobre a marcação de especialidades.</p>
10.03	<p>Instalação de uma farmácia mais centralizada.</p> <p>Espaço de local da Saúde Mental precário em relação à demanda.</p> <p>Acidentes de trabalho evidentes em 9 empresas, solicitação de verificação.</p> <p>Dificuldades na retirada de medicamentos devido às receitas não estarem separadas da dose certa e Atraso na entrega de medicamentos.</p> <p>Questionamento sobre a função da farmácia de manipulação.</p> <p>AÇÕES:</p>

	Ofício de convocação para explanação da farmácia terapêutica.
24.03	Falta de ginecologista em PSF.
14.04	Aprovação do termo de parceria da SMS com o Hospital Regional – (HR). AÇÕES: Aprovação Unânime.
12.05	Solicitação Projeto Zoonose. Veículos da Saúde em Falta – fase de licitação. Apresentação Projeto Samuzinho para orientar crianças (nas escolas). Burocracia no serviço do SAMU. Solicitação para que PSF e UBS façam os primeiros socorros antes do SAMU chegar. Cilindros de oxigênio – recarga e local em que ficam. AÇÕES: Acompanhamento da fase licitatória.
11.08	Prestação de Contas da SMS. Reclamações sobre a Central de Feridas que está reenviando pessoas para fazer curativos em UBS. Sugerido implantação de Home Care. Problemas no horário de fechamento da farmácia, incompatível com atendimento médico. Posto Tupi – atendimento prejudicado pela falta de enfermeira – convocada para reuniões ou treinamentos. AÇÕES: Aprovação Unanimidade das Prest. Contas. Solicitação rotina de atendimento no ambulatório de feridas.
25.08	HR -Prestação de Contas. Protocolo Ambulatório de Feridas. AÇÕES Formação de Comissão para fiscalizar gastos.
08.09	HR - Ações da Vigilância Sanitária. Desacordo na aprovação de notas fiscais HR. Reclamação de atendimento por ambulância no Posto Tupi e solicitação de ampliação do Posto Bela Vista, melhorar acessibilidade para o Posto Jardim Mesquita. Solicitação para voltar as cirurgias eletivas. Saber sobre o funcionamento do Ambulatório de Especialidades (AME). AÇÕES Ofício ref. procedimento de atendimento e visita ao AME. Solicitação de protocolo de atendimento do SAMU.
22.09	Buscar parceria com CRAS E CREAS e apresentação da FUNCRAF para fazer parceria com SUS ref. deformidades crânio faciais. Zoonose – fiscalização e parceria com a Unidade protetora de animais.

	<p>AÇÕES Solicitado elaboração de minuta sobre atendimento Zoonose. Solicitações de relatórios.</p>
13.10	<p>Informações gerais ref. Instituto Vida (empregador de parte de funcionários da saúde), CRAS, apresentação de outros programas, renovação de conselhos, transporte rural, audiência pública, reunião SAMU, reapresentação do projeto, reformas e instalações do Hospital Regional (HR). Solicitação para melhorar o transporte rural. Solicitação para construção de UFS em 3 bairros.</p> <p>AÇÕES Visita no HR Solicitação ao HR porta de acesso mais próxima à maternidade. Solicitação por ofício a SMS parecer da Vigilância Sanitária sobre o HR.</p>
27.10	<p>Apresentação do CRAS, CREAS, Saúde do Trabalhador e Audiência Pública. AÇÕES</p>
10.11	<p>Visita no SAMU e conhecer a unidade. Apresentação de contas da SMS.</p> <p>AÇÕES Aprovação de contas SMS.</p>
24.11	<p>Apresentação de programas DST/AIDS. Apresentação do tratamento ambulatorial para vítimas de violência sexual, doméstica, usuários de drogas, hepatite. Vigilância Sanitária acompanhando atendimentos odontológicos para evitar contaminações. Solicitação de exames (toxoplasmose) Reclamações de atendimento no pronto socorro do HR.</p>
<p>REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS EM 2011</p> <p>Totalizando 03 reuniões para tratar de problemas não resolvidos nas reuniões ordinárias. Assuntos sobre deliberações da IIa. Conferência em Saúde do trabalhador, Leitura do Regimento Interno da Va. Conferência Municipal de Saúde; Apresentação de Audiência Pública e Prestação de Contas da SMS; Apresentação de Ouvidoria do SUS; Ações da Vigilância Sanitária – termo de assunção.</p>	

Fonte: Autora

TABELA 2 – TRANSCRIÇÃO DE ATAS DO COMUS DE ITAPETININGA EM 2012

Data	Assunto
09.02	Assuntos diversos Novos programas de atenção à saúde da mulher e a saúde da criança: parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança e redução da mortalidade materna infantil – sugestão com a parceria pastoral da saúde
23.02	Maior representação do conselho. Falta de espaço para atendimento de pacientes da UBS Jardim Mesquita.
08.03	Solicitação de pediatra na UBS da Rio Branco. Atendimento noturno de odontologia na UBS da Rio Branco. Assuntos administrativos.
12.04	Assuntos administrativos
26.04	Termo de parceria 01/2007 Hospital Regional Apresentação plano de ação em vigilância sanitária para 2012 a 2015. AÇÕES: Aprovação unanime
10.05	Desenvolvimento do protocolo de atendimento de acidente de trabalho. Formação de um órgão para combate violência sexual e trabalho escravo. Projeto de incentivo de realização de atividades físicas para pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados nas UBSs.
24.05	Despesas e financiamento em saúde .
14.06	Exames de Raio X enviados em mídia CD dificultando atendimento médico pois não há equipamento de informática para a visualização das imagens. Termino do contrato do Hospital Regional em 2012. Empenho nas contratações de profissionais médicos em prioridade em ortopedia. Projeto caminhada Falta de uma auxiliar de enfermagem
28.06	Ações da coordenadoria da mulher nos bairros e postos de saúde. Projetos de cidadanias para as escolas. Inauguração dos usuários SUS.
12.07	Visitas aos bairros e convite para a terceira semana da criança e do aleitamento materno. Contratação de gestor para o Hospital Regional. Demora no atendimento nos postos de saúde, falta de vaga para casos de estrabismos.
26.07	Modelo de contrato do novo gestor para o Hospital Regional e Pronto Socorro.
30.08	Proposta para aquisição de equipamentos e materiais para as unidades de saúde. Espaço físico insuficiente da UBS Rio Branco para atendimento da demanda. AÇÕES: Os conselheiros votaram a favor da proposta apresentada.
27.09	Foi enviado ao Ministério Público doc. Hospital Regional e discussão a licitação do novo gestor desde 2011.
25.10	Denúncias referentes ao pregão do oxigênio medicinal e acessórios para o

	<p>município de Itapetininga-SP. Demora no atendimento ao público do Hospital Regional e Pronto Socorro de Itapetininga-SP. Falta de leitos na UTI.</p> <p>AÇÕES: Ofício de solicitação para o Hospital Regional para saber o cronograma das obras.</p>
13.12	<p>Criação do fórum de saúde do trabalhador. Fluxo de atendimento em ortopedia e reabilitação. Capacitação aos trabalhadores da saúde para o atendimento de acidentados e doenças ocupacionais.</p>
<p>REUNIÕES EXTRADORDINÁRIAS</p> <p>Totalizando 07 reuniões para tratar de problemas não resolvidos nas reuniões ordinárias procedimentos administrativos dos conselhos entre outros como a prorrogação do termo parceria Hospital Regional, Informatização do Laboratório Municipal, questionamento sobre o funcionamento do Instituto Vida e a apresentação do Programa e Associações.</p>	

Fonte: Autora

Por meio da entrevista informal, soube-se que a participação da população é baixa e de pouca efetividade, que a palavra é dada à população em um espaço para quem a representa e se todos os projetos a serem implantados na secretaria de saúde passam antecipadamente pela aprovação do COMUS, a resposta foi que não, porque não acham importante esse procedimento, mas sempre recorrem ao conselho quando a situação se agrava.

5 RESULTADOS

De acordo com as Atas pesquisadas, a participação popular é feita pelo Conselho Municipal de Saúde, pelos Conselhos Locais de Saúde, por participação popular esporádicas e pelos próprios funcionários de saúde, a seguir:

- a) dos Conselheiros do Conselho Municipal de Saúde, trazendo questionamentos sobre o atendimento em saúde, sugerindo parcerias, entre outros assuntos de ordem administrativa e de melhoria dos serviços prestados;
- b) dos Conselhos Locais formados nas unidades de saúde dos bairros da cidade, organizados pelos respectivos enfermeiros chefes, de acordo com as normas de constituição de conselhos, levando uma vez por mês seus questionamentos e em terceiro lugar;
- c) por pessoas que algumas vezes se reportam diretamente nas reuniões do conselho com suas reclamações principalmente quando não são atendidos pelo sistema de saúde, por grande espera nas marcações de cirurgias ou consultas, por acesso difícil à condução que transporta pacientes para outras cidades;
- d) funcionários da saúde em cargos de chefia, pleiteando melhoramentos para suas respectivas áreas, tanto em equipamentos como em instalações, necessidade de funcionários, medicamentos.

Nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde são apresentados aspectos burocráticos de serviços como os protocolos de atendimento, fluxo de usuários nas unidades, marcações de consultas, dispensação de medicamentos, ambulâncias, entre outros aspectos, passados pelo COMUS para sua aprovação ou ciência. Os gastos efetuados pela SMS e as respectivas notas fiscais, após passarem pelo tribunal de contas, são levadas para o COMUS para aprovação.

Existe também uma organização sistemática e esforços para a realização das reuniões do Conselho.

Assim, conforme já citado, há grande participação dos conselheiros e dos funcionários da saúde, refletidas pelas atas elencadas em tabela 1 e 2, enquanto a participação popular ainda é tênue e feita através desses representantes. Na realidade, a maior parte das pautas são indicadas pelos conselheiros municipais, pelos conselheiros gestores ou pelos funcionários de saúde. A parte referente à aprovação de contas, que já vêm consolidadas e passadas pelo tribunal de contas, também fazem parte da pauta das reuniões. Na área de fiscalização de contas, o COMUS recebe as contas aprovadas por outros órgãos. Aparentemente existe uma

hegemonia do executivo em relação ao COMUS; o aspecto político conta muito. O COMUS ainda está caminhando e crescendo com pouca expressividade e participação popular.

O COMUS de Itapetininga muito embora pretenda a participação popular, está centrado no corpo de saúde e funcionários da prefeitura municipal. As ações descritas mostram que o COMUS atende de forma geral as necessidades da estrutura de saúde, seus aspectos físicos, instalações, funcionários, protocolos de funcionamento e atendimentos, apresentação e renovação de programas, de funcionários, aprovação de contas e de contratos de sua competência entre outros serviços.

O objetivo deste trabalho foi o de demonstrar a estrutura do COMUS e se ele favorece a participação popular, bem como descrever suas ações e como elas estão sendo realizadas entre 2011 e 2012. Esses aspectos foram demonstrados inicialmente através de uma exposição de como surgiu o Sistema Único de Saúde e em seguida a necessidade de ser criado um órgão fiscalizador do SUS. Assim foi descrito o COMUS de Itapetininga, seu estatuto, a transcrição das atas de reuniões realizadas entre 2011 e 2012. Chegou-se assim a conclusão de que o COMUS cumpre com os aspectos burocráticos, as ações e reuniões estão todas registradas, caminha ainda lentamente quanto a participação popular e autonomia política.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Vera Lucia de Souza. *Gestores da Saúde no Âmbito da Qualidade: Atuação e Competências*. São Paulo: Martinari, 2011.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. *História da Saúde Pública no Brasil*. 5a. ed. São Paulo: Ática, 2011.
- BOGUS, Claudia Maria. *Participação popular em saúde: formação política e desenvolvimento*. São Paulo: Fapesp, 1998.
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em 10.08.2013 às 9h.
- CARVALHO, A.L. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 1995.
- CANCIAN, Renato. Especial para a Página 3 Pedagogia & Comunicação. Disponível em <http://educacao.uol.com.br/disciplinas/historia-brasil/ditadura-militar-1964-1985-breve-historia-do-regime-militar.htm>, postado em 15/02/2008 12h32. Acesso em 01.09.2013, às 10h.
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. *Regimento Interno*, Itapetininga, 2011.
- CONSTITUIÇÃO FEDERAL. Disponível em <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102408>. Acesso em feita em 19.09.2013, às 10h.
- DEMO, Pedro. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3ª. Ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- GERCHMAN, Silvia. *Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares*. **Fundação Oswaldo Cruz**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (6):1670-1681, nov-dez, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/26.pdf>. Acesso em 9.08.2013 às 16h.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo:Atlas, 2006.
- MEHRY. E.E. *O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4a.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- Ministério da Saúde. **FIOCRUZ** Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>. Acesso em 09.08.2013 às 16h.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Departamento de Gerenciamento de Investimentos. **Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002
- Modelo de Lei do Conselho Municipal de Saúde. Disponível em www.mp.pe.gov.br/. Acesso em 21.09.2013 às 09h.

PÁDUA, Elisabeth Matallo Marchesini de. **O trabalho monográfico como iniciação à pesquisa científica**. São Paulo: Papyrus, 1991. Cap. IV.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. (2008) **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: 07.09.2013 às 09h.

PORTAL BRASIL, Constituição Federal. Disponível: <http://www.brasil.gov.br/sobre/o-brasil/constituicao>. Acesso em 23.09.2013 às 10h.

SILVEIRA, Alex dos Santos da; LIMA, Rosângela D.W. Gomes de. **Revista Espaço Acadêmico**, abril2004, n.35. Disponível em http://www.espacoacademico.com.br/035/35esilveira_lima.htm. Acesso em 08.09.2013 às 09h.

SOARES, Nina Rosa Ferreira; MOTTA, Manuel Francisco Vasconcelos da. Artigo Políticas Públicas em Saúde. Disponível em http://www.ufmt.br/revista/arquivo//as_politicas_de_s.html. Acesso em 01.09.2103 às 09h.

Sítios consultados:

<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n6/07.pdf>

http://www.mpba.mp.br/atuacao/saude/auditoria/controle/conselho_municipal.pdf

<http://wwwsaudedafamilia.blogspot.com.br/2010/02/o-final-da-decada-de-80-no-brasil-foi.html>

<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>

<http://www.brasil.gov.br/sobre/o-brasil/constituicao>

<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=352230>

<http://www.camaraitapetininga.sp.gov.br/2-nenhum/212-cei-do-sas-irregularidades-levantadas-podem-motivar-constituicao-de-nova-cei>. Acesso em 29.08.2012, às 9h.

<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/usuarios-do-sus-serao-atendidos-em-unidades-proximas-a-seus-domicilios>

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL



Ilm^o Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Sr. Carlos Lazari

Através do presente solicito a V.Sa. autorização para passar um questionário (em anexo) para os membros e participantes do Conselho Municipal de Saúde e acesso aos arquivos da entidade, para a construção de um trabalho acadêmico, necessários para a conclusão de curso de Gestão Pública Municipal da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, no sentido de levantar dados sobre a participação popular nas ações desse Conselho.

Contando com a colaboração de V.Sa., dos membros e participantes, subscrevo-me atentamente.

Olini Gioconda Dalmasio

RG 3.901.503

Itapetininga, 02 de setembro de 2013.

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL



Ilm^o Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Sr. Carlos Lazari

Na intenção de completar um trabalho acadêmico para a Universidade Tecnológica Federal do Paraná, solicito a V.Sa. autorização para passar os questionários a seguir para os membros do Conselho Municipal de Saúde e os participantes da Conferência de Saúde. Antecipadamente grata, subscrevo-me atenciosamente.

Olini Gioconda Dalmasio

Itapetininga, 12 de setembro de 2013

QUESTIONÁRIO 1

sexo M F

idade: 20 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 a 69 acima de 70

grau instrução: básico fundamental Médio Graduação P. Graduação

Marque com um X - é Membro do Conselho ou é participação popular

Membro/cargo _____

Qual é a sua formação _____

Tempo de serviço público _____ ou Trabalha em _____

Tempo de participação no Conselho _____

O Sr./ Sra. já ouviu falar do Conselho Municipal de Saude? sim não

Sabe para que serve? sim não - Se sim, para que serve

Gostaria de participar e acha importante? sim não não sei

Autorizo a utilização dos dados a seguir para construção de um trabalho acadêmico referente a conclusão de curso Gestão Pública Municipal da Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Assin.

ANEXO 3

MODELO DE LEI DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE _____

Estado _____

Súmula : Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências.

CAPÍTULO I DA INSTITUIÇÃO

Art. 1º. Em conformidade com a Constituição da República Federativa do Brasil Título VIII, Capítulo II e as Leis Federais 8.080/90 e 8142,90, fica instituído o Conselho Municipal de Saúde de _____, órgão permanente, deliberativo e normativo do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, que tem por competência formular estratégias e controlar a execução da política de saúde do município, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 2º. O Conselho Municipal de Saúde terá funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas, objetivando basicamente o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde, de acordo com a Lei Orgânica do Município de e a Constituição Federal, a saber:

I - Atuar na formulação e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros, e nas estratégias para sua aplicação aos setores público e privado;

II - Deliberar sobre os modelos de atenção a saúde da população e de gestão do Sistema Único de Saúde;

III - Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração de planos de saúde do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal, em função dos princípios que o regem e de acordo com as características epidemiológicas, das organizações dos serviços em cada instância administrativa e em consonância com as diretrizes emanadas da Conferência Municipal de Saúde.

IV - definir e controlar as prioridades para a elaboração de contratos entre o setor público e entidades privadas de prestação de serviços de saúde;

V - Propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde.

VI - Aprovar a proposta setorial da saúde, no Orçamento Municipal

VII - Criar, coordenar e supervisionar Comissões Intersetoriais e outras que julgar necessárias, inclusive Grupos de Trabalho, integradas pelas secretarias e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil

VIII - Deliberar sobre propostas de normas básicas municipais para operacionalização do Sistema Único de Saúde;

IX - Estabelecer diretrizes gerais e aprovar parâmetros municipais quanto a política de recursos humanos para a saúde;

X - Definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal, oriundos das transferências do orçamento da União e da Seguridade Social, do orçamento estadual, 15% do orçamento municipal, como decorrência do que dispõe o artigo 30, VII, da Constituição Federal e a Emenda Constitucional Nº 29/2000

XI - Aprovar a organização e as normas de funcionamento das Conferências Municipais de Saúde, reunidas ordinariamente, a cada 2 (dois) anos, e convocá-las, extraordinariamente, na forma prevista pelo parágrafo 1 e 5 do Art. 1º da Lei 8142/90;

XII - Aprovar os critérios e o repasse de recursos do Fundo Municipal de Saúde para a Secretaria Municipal de Saúde e a outras instituições e respectivo cronograma e acompanhar sua execução;

XIII - Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Câmara de Vereadores e mídia, bem como com setores relevantes não representados no Conselho;

XIV - Articular-se com outros conselhos setoriais com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento do sistema de participação e Controle Social;

- XV - Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do município;
- XVI - Cooperar na melhoria da qualidade da formação dos trabalhadores da saúde;
- XVII - Divulgar suas ações através dos diversos mecanismos de comunicação social;
- XVIII - Manifestar-se sobre todos os assuntos de sua competência.

CAPÍTULO III DA CONSTITUIÇÃO

Art. 3º. O Conselho Municipal de Saúde, terá a seguinte constituição:

- a) segmentos organizados de usuários do Sistema Único de Saúde;
- b) prestadores de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- c) trabalhadores da Saúde e,
- d) representantes do governo municipal.

Parágrafo Único: A representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Art. 4º. O Conselho Municipal de Saúde terá uma Mesa Diretora como órgão operacional de execução e implementação de suas decisões sobre o Sistema Único de Saúde do Município, eleita na forma do art. 6º desta Lei.

CAPÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º. O Conselho Municipal de Saúde, terá a seguinte composição:

I - de forma paritária e quadripartite, escolhidos por voto direto dos delegados de cada segmento na Conferência Municipal de Saúde, as representações no conselho serão assim distribuídos:

- 6 (seis) representantes de entidades de usuários do Sistema Único de Saúde;
- 2 (dois) representantes dos trabalhadores de Saúde Municipal;
- 2 (dois) representantes de prestadores de serviço do Sistema Único de Saúde Municipal;
- 2 (dois) representantes do Poder Executivo, indicados pelo Prefeito Municipal;

II - a representação paritária de que trata este artigo, será realizada de forma direta junto aos delegados representantes dos segmentos, que participarão da Conferência Municipal de Saúde;

III – Cada segmento representado do conselho terá um suplente, eleito na Conferência Municipal de Saúde.

VI - Um mesmo segmento poderá ocupar no máximo duas vagas no Conselho Municipal de Saúde;

IV - a presidência do Conselho Municipal de Saúde será atribuída ao **conselheiro eleito** pela plenária do Conselho.

Art. 6º. A Mesa Diretora, referida no artigo 4º desta Lei será eleita diretamente pela Plenária do Conselho e será composta de :

- Presidente;
- Vice-Presidente;
- Secretário e,
- Vice-Secretário

Art. 7º. O Conselho Municipal de Saúde, reger-se-á pelas seguintes disposições, no que se refere a seus membros:

I – serão indicados pelos seus respectivos segmentos e serão substituídos pelos mesmos mediante solicitação ao Prefeito Municipal através da Mesa Diretora do Conselho;

II - terão seu mandato extinto, caso falem, sem prévia justificação, a 3 (três) reuniões consecutivas ou 6 (seis) intercaladas, num período de 12 (doze) meses;

III - terão mandato de 2 (dois) anos, cabendo prorrogação ou recondução;

IV - cada entidade participante terá um suplente, conforme disposto no item III do Art. 5º desta Lei.

Parágrafo único. O exercício do mandato de membro do Conselho Municipal de Saúde não será remunerado e

será considerado de alta relevância pública.

Art. 8º. Para melhor desempenho de suas funções, o Conselho Municipal de Saúde poderá recorrer a pessoas e entidades, mediante os seguintes critérios:

I – consideram-se colaboradores do Conselho Municipal, as instituições formadoras de recursos humanos para a saúde e as entidades representativas de profissionais e usuários de saúde, independentemente de sua condição de membros;

II – poderão ser convidadas pessoas ou instituições de notória especialização na área de saúde, para assessorar o Conselho em assuntos específicos;

III – poderão ser criadas comissões internas entre as instituições, entidades e membros do Conselho, para promover estudos e emitir pareceres a respeito de temas específicos.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO E CONVOCAÇÃO

Art. 9º. O Conselho Municipal de Saúde funcionará segundo o que disciplina o seu regimento interno e terá as seguintes normas gerais:

I - o órgão de deliberação máxima será a Plenária do Conselho;

II - a Plenária do Conselho reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou pela maioria simples de seus membros;

III - o Conselho Municipal de Saúde reunir-se-á extraordinariamente para tratar de matérias especiais ou urgentes, quando houver:

a) Convocação formal da Mesa Diretora;

b) Convocação formal de metade, mais um de seus membros titulares.

IV - cada membro do Conselho terá direito a um único voto na Plenária do Conselho;

V - as Plenárias do Conselho serão instaladas com a presença da maioria simples dos membros que deliberarão pela maioria dos votos presentes;

VI - as decisões do Conselho Municipal de Saúde serão consubstanciadas em resolução, moção ou recomendação.

VII - a Mesa Diretora do Conselho poderá deliberar "ad referendum" da Plenária do Conselho.

Art. 10º. O Conselho Municipal de Saúde convocará a cada dois anos, uma Conferência Municipal de Saúde para avaliar a política municipal de saúde, propor diretrizes de ação para o Sistema Único de Saúde e efetuar a eleição dos representantes do conselho.

CAPÍTULO VI

DAS DIRETRIZES BÁSICAS DA ATUAÇÃO

Art. 11º. O Conselho Municipal de Saúde observará no exercício de suas atribuições, as seguintes diretrizes básicas e prioritárias :

I - a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a promoção da saúde, redução do risco de doenças e de outras agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção, recuperação e reabilitação.

II – integralidade de serviços de saúde, buscando promoção da saúde em toda a rede municipal, diminuindo as taxas de mortalidade infantil e aumentando a expectativa de vida.

Art. 12º. O Conselho Municipal de Saúde promoverá como órgão colegiado deliberativo e representativo, debates estimulando a participação comunitária, visando prioritariamente, a melhoria de serviços de saúde no Município.

Art. 13º. As disposições desta lei, quando necessário, serão regulamentadas pelo Poder Executivo, desde que homologadas pelo Poder Legislativo.

Art. 14º. Esta Lei, que revoga a Lei _____
demais disposições em contrário, entrará em vigor na data de
sua publicação.

_____, em de 2001.

Prefeito Municipal