

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

GERÔNIMO PALUDO

**O PAPEL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS) NA CONSOLIDAÇÃO DO
SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DE PAULA, RS**

Porto Alegre

2012

GERÔNIMO PALUDO

**O PAPEL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS) NA CONSOLIDAÇÃO DO
SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DE PAULA, RS**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Curso de Especialização em
Gestão Pública Municipal – modalidade a
distância da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul como requisito para a
obtenção do título de especialista.

Orientador: Professor Doutor Fernando Dias
Lopes

Porto Alegre

2012

GERÔNIMO PALUDO

**O PAPEL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS) NA CONSOLIDAÇÃO DO
SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DE PAULA, RS**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentada ao Curso de Especialização em
Gestão Pública Municipal – modalidade a
distância da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul como requisito para a
obtenção do título de especialista.

Aprovado em 28 de Maio de 2012

BANCA EXAMINADORA

Prof.

Prof.

AGRADECIMENTOS

"Da escola de guerra da vida: o que não me mata, torna-me mais forte." Friedrich Nietzsche

Aos meus pais Ilvani e Elsa pela educação, amor e apoio incondicional de sempre que ajudaram a formar meu caráter;

Aos meus filhos pelo Amor inefável que nutro por eles e que me faz um Ser Humano melhor. Este trabalho também é fruto do sacrifício da distância e da saudade;

A Katia, minha companheira de todas as horas pelo suporte afetivo, emocional e incentivo importante para finalizar este trabalho;

Ao querido Prefeito Décio Colla pelo incentivo em realizar este Pós Graduação e oportunidade em desenvolver meu trabalho na Secretaria da forma que sempre acreditei;

Ao amigo Émerson pela lealdade e comprometimento de sempre no trabalho realizado a frente da Secretaria Municipal de Saúde;

Aos amigos da Secretária Municipal de Saúde de São Francisco de Paula: Guga, Laila, Pingo, Aline, Gisele, Gustavo, Vinícius, Yohana, Pâmela, Viviane, Gabriela, Carol, Liane, Vanessa, Pacheco, Rogério, Curto, Fugi, Braga. A todos vocês gostaria de escrever algumas linhas, mas meu respeito e gratidão estão depositados por tudo que me ajudaram a construir nesta bela caminhada;

Aos grandes colegas e amigos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Popular e CAPS pelo comprometimento e seriedade que depositaram para mim ao atender todos com um dos maiores princípios do SUS, a HUMANIZAÇÃO, não cito a todos, mas tenho certeza que cada um em sua idiosincrasia sabe do sentimento especial que lhes dedico;

Ao Fernando Dias Lopes que assumiu a orientação desta monografia após três meses sem orientação. Consegui transmitir a serenidade necessária para concluir este trabalho.

A Fabiane pela ajuda na reta final da monografia com dicas valiosas de correção;

Ao amigo Cláudio pelo suporte valioso na correção do trabalho em sua reta final;

Aos meus pacientes enquanto atuei como Psicólogo e todos os usuários do Sistema Único de Saúde de São Francisco de Paula por me acolherem de forma tão hospitaleira nestes quase sete anos em que estive no Município;

A todos os Conselheiros e Conselheiras do Conselho Municipal de Saúde de São Francisco de Paula pelo comprometimento com o Sistema Único de Saúde, colocando este ideal em um plano nobre e de conquistas que são perenes pelo exemplo de cidadania.

RESUMO

Objetiva-se com esse trabalho analisar e compreender a atuação do Conselho Municipal de Saúde do município de São Francisco de Paula enquanto agente de ações transformadoras na atenção a saúde no município de São Francisco de Paula que serão analisadas a partir da experiência do autor enquanto Secretário de Saúde no período de 06 de outubro de 2008 até 19 de janeiro de 2012. O Conselho Municipal de Saúde atuou como protagonista no sentido de garantir a melhoria dos serviços oferecidos à população, incrementando o agir participativo como um exercício democrático e cidadão, o que se constitui em um dispositivo fundamental para uma saúde pública digna e de qualidade.

Dessa forma, observamos uma melhoria no alcance territorial e na qualidade dos serviços em saúde oferecidos, embora problemas estruturais, tais como o sub financiamento de muitos programas e as dificuldades de encontrar pessoal qualificado para os objetivos propostos tenham dificultado muitas dinâmicas e projetos que permanecem em aberto para serem desenvolvidos pelos próximos gestores.

ABSTRACT

The objective with this work to analyze and understand the role of the Municipal Health Council of São Francisco de Paula as an agent of transformative actions in health care in São Francisco de Paula will be analyzed from the author's experience as Secretary Health in the period of October 06, 2008 to January 19, 2012. The Municipal Health Council acted as the lead in ensuring the improvement of services offered to the population, increasing to act as a participatory democracy, and citizens, which constitutes a fundamental device for a decent public health and quality.

Thus, we observed an improvement in territorial scope and quality of health services offered, although structural problems, such as the under funding of many programs and the difficulties of finding qualified staff for the proposed objectives have hindered many dynamics and projects that remain open to be developed for the next managers.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	06
Objetivo geral.....	07
Objetivos específicos.....	07
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA.....	07
2.1 O Sistema único de saúde.....	07
2.2 - Conselhos municipais de saúde.....	11
2.3 - Controle social e políticas públicas em saúde.....	14
3 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	19
3.1 - Tipos de pesquisa.....	19
3.2 - Coleta de dados.....	19
3.3 Plano de análise dos dados.....	20
4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	21
4.1 - São Francisco de Paula – aspectos estruturais da saúde no município.....	21
4.2 – Políticas públicas de saúde.....	25
4.3 – O Conselho municipal de saúde do município de SFP.....	31
4.3.1 - Conferências municipais de saúde.....	32
4.3.2 - Principais ações do conselho municipal de saúde.....	36
4.3.3 - Principais entraves à atuação do conselho municipal de saúde.....	37
4.3.4 - Principais conquistas a partir da atuação do conselho municipal de saúde..	39
4.4 - Efetividade das ações do conselho municipal de saúde.....	39
4.5 – Percepções dos conselheiros do CMS sobre o papel, importância e protagonismo do mesmo no Município de São Francisco de Paula.....	40
5 – CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS.....	46

1 – INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da década de 70, iniciou-se um processo de redemocratização da saúde, a reforma sanitária. Esta, associada ao agravamento das condições de saúde e ao aumento da demanda quanto ao acesso aos serviços públicos, foram determinantes na construção de uma nova configuração dos movimentos sociais. A produção intelectual em setores como arte, cultura e saúde começaram a construir alternativas para um dos períodos mais nefastos que o Brasil vivenciou o regime da ditadura militar.

A articulação da sociedade visava reivindicar bens e serviços inexistentes ou no mínimo ineficientes para atender a real demanda da população em setores essenciais. Neste contexto, destacam-se como exemplos exitosos da participação social, os Conselhos de Saúde. (Brasília: CONASS, 2003).

A consolidação das políticas públicas na área da saúde possui como protagonistas os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) no que tange a fiscalização da execução dos recursos orçamentários e financeiros, e a deliberação sobre assuntos atinentes ao conselho segundo Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Neste sentido, pode-se acrescentar como função do CMS o forte elo que este constitui entre os usuários e o poder executivo na gestão pública da saúde, uma vez que todas as ações e serviços realizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) são discutidos pelo CMS, seja na sua elaboração, execução ou fiscalização. (BRASIL, Ministério da Saúde, 1990).

O CMS coaduna com a necessidade de se manter ativo constantemente, sempre vigilante uma vez que fiscaliza as ações desenvolvidas com recursos públicos em saúde. Neste sentido, o CMS revela-se como protagonista na construção das políticas públicas na área da saúde. Sabe-se que o protagonismo é compreendido como uma qualidade que se destaca em uma situação, acontecimento ou área de atuação específica, sendo a atitude um dos principais pilares deste conceito.

Apesar disso, sabe-se que os conselhos necessitam de uma série de condições específicas para exercer seu papel de forma eficaz. Estudos de Moreira apontam diversos problemas da participação social nestes espaços, destacando-se a ausência de debates e discussões antes da aprovação de verbas de projetos e de programas, falta de quorum, dificuldade em encontrar pessoas aptas e disponíveis

para participar dos CMSs (Moreira, 2009). Diante dos dados apresentados, pretende-se avaliar o protagonismo do CMS na evolução histórica da Saúde Pública no Município de São Francisco de Paula, RS.

OBJETIVO GERAL:

Verificar até que ponto o CMS no município de São Francisco de Paula atuou efetivamente como protagonista, bem como identificar quais elementos influenciaram o desempenho do CMS na execução do seu papel.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar o sistema de saúde do município de SFP.
2. Descrever o processo de formação do CMS de SFP e sua composição.
3. Identificar ao longo da sua existência as principais ações desenvolvidas pelo CMS.
4. Identificar os principais entraves à atuação do CMS.
5. Identificar as principais conquistas a partir da atuação do CMS.
6. Analisar a efetividade do CMS em termos de proposições de ações, fiscalização e controle social sobre as políticas públicas de saúde no município de S F P.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde, determinando que o acesso a saúde é um direito de todos. Entretanto, este sistema somente foi regulamentado em 1990, por meio das Leis 8.080/1990, (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/1990 (dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros), dentre outras normas e regulamentos que vão desde a resolução número 322 do Conselho Nacional de

Saúde até o Decreto 7508 que regulamenta a Lei 8.080. (Constituição da República Federativa do Brasil, 1990).

O SUS é um sistema de saúde inclusivo e universal no que se refere às políticas públicas de saúde, concepção, meios e fins uma vez que garante o acesso de todo e qualquer cidadão a todos os serviços de saúde, independente da complexidade, nacionalidade, condição social, idade, condição de saúde ou doença do indivíduo.

Outro princípio estabelecido é a Equidade, esta se refere à igualdade de condições no acesso aos serviços de saúde, garantindo a todos os cidadãos o acesso à saúde de igual forma, sem discriminação por qualquer opção ou condição que se apresenta determinado usuário. Desta forma, todos deverão ser atendidos de acordo com suas necessidades coletivas e os riscos as suas condições de saúde, afirmando a igualdade de todos os cidadãos perante o SUS.

Ainda nesse caso, cabe-nos lembrar que Aristóteles já dizia, em seu tempo, que a verdadeira igualdade consiste em tratar-se igualmente os iguais e desigualmente os desiguais na medida em que se desigualem. Embora escrita no século terceiro antes de Cristo, tal reflexão é, sem dúvida, ainda útil para ilustrar o que estamos debatendo nesse trabalho.

No princípio da Integralidade, como o próprio nome sugere, pode-se inutar como o princípio que abrange todas as ações e serviços ofertados e de direito do usuário onde contempla-se desde o nascimento até sua morte. Aqui se pode citar o Programa Nacional de Imunizações (PNI), educação permanente em saúde, exames de qualquer natureza (clínicos, laboratoriais e de imagem), internações, investigação através da epidemiologia das mortalidades em qualquer etapa da vida, controle de zoonoses que afetam a saúde da população.

A lógica da integralidade seria dispensar atenção maior as atividades de prevenção, tendo em seu grande alicerce a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Programa de Saúde Escolar sem que isto venha prejudicar os serviços de assistência ao usuário. Talvez este seja o paradigma da Integralidade, priorizar a educação e prevenção sem deixar a assistência à saúde fragilizada.

Mas pela organização do SUS, pode-se se não observar uma inversão entre prevenção e assistência, uma inversão de prioridades importantes quanto à

concepção holística do usuário. Quando se pensa a Integralidade, não pode se perder o norte que tem que pensar e fazer a saúde considerando todas as necessidades que envolvem o sujeito.

Pensando a gratuidade e na simplicidade em defini - lá, pode-se não auferir a verdadeira importância concreta e subjetiva a princípio tão importante. Aqui deve-se rechaçar qualquer forma de pagamento ou coparticipação dentro do SUS por qualquer serviço prestado dentro do âmbito do sistema de saúde conforme Lei 8.080/1990, art. 43.

Outros princípios estruturam a rede de serviços do SUS, oferecendo uma dimensão de como é estruturado o serviço em suas diferentes portas de entrada, como ocorre o sistema de referência e contra referência, lançando mão da regionalização e organização dos serviços nas diferentes complexidades e esferas de governo, apontando para a definição e organização de hierarquização do Sistema.

1. Atenção básica: É a “porta de entrada” da população no SUS. Isso acontece nos postos de saúde, nas unidades do Programa Saúde da Família etc. Se, a partir desse primeiro contato, não forem encontrados meios para resolver o problema de saúde, a pessoa será encaminhada para outros serviços de maior complexidade (média e alta complexidade).

2. Média Complexidade: São procedimentos de saúde um pouco mais complexos que os da atenção básica. Incluem tratamentos como, por exemplo, os de cardiologia, pneumologia, neurologia, diagnoses e terapias de médio porte. Se, ainda assim, não for possível solucionar o problema de saúde, a pessoa será encaminhada para a unidade de alta complexidade.

3. Alta Complexidade: São procedimentos que necessitam de recursos tecnológicos mais complexos, como, por exemplo, ressonâncias magnéticas e tomografias. Fazem parte da alta complexidade, também, outros procedimentos, tais como hemodiálises e programas de prevenção de câncer. (Brasil. Tribunal de Contas da União, 2010, pg. 59).

A construção da rede de serviços no SUS é realizada de forma pactuada nas esferas competentes de governo, através da Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite. A organização do sistema oferece a construção de caminhos para o usuário

do SUS, caminhos que podem ser entendidos pelos níveis de complexidade e suas portas de entrada através da regulação pactuada e sistemas de referência e contra referência.

Todavia, entende-se como principal porta de entrada do SUS a Atenção Básica dos Serviços de saúde, independente do nível ou complexidade do município de origem. É através da rede básica que o usuário será referenciado para a Média ou Alta Complexidade no que tange a consultas especializadas, procedimentos ambulatoriais ou cirúrgicos ou exames de maior complexidade.

Deve-se considerar o fluxo normal de entrada através da Atenção Básica as situações consideradas eletivas, preventivas e rotineiras. Para as situações de urgência e emergência existem diferentes portas de entrada, mas todas elas inseridas na média e alta complexidade dos serviços, listando o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais de Pronto Socorro e Plantões de Urgência e Emergência localizados nos Hospitais Gerais.

Considerando ainda sobre os princípios do SUS referente aos níveis de complexidade, deve-se pensar em como se organizam os municípios territorialmente na organização e acolhimentos dos serviços. Entende-se a regionalização dos serviços para prestar atendimento humanizado sem que o usuário tenha que percorrer grandes distâncias para ser atendido em sua necessidade.

Desta forma os municípios devem se organizar regionalmente nos serviços de média e alta complexidade para que não ocorra superlotação da capital ou algum outro centro de referência para enfermidade específica. Isso dispende custo maior ao sistema colocando, inclusive, riscos evitáveis a saúde do usuário.

Também é importante o conceito de descentralização das ações e serviços obedecendo à hierarquia e competência dos entes federados, incluindo União, Estados, Municípios e Distrito Federal. O peso maior da responsabilidade fica na conta dos Municípios pelo fato das tomadas de decisões requererem a necessidade de uma resposta imediata. Se ocorrer a transferência de funções e competências para o Poder Público Municipal as mesmas são acompanhadas da transferência de responsabilidades.

No aspecto da importância e relevância do SUS, Santos (2008) reflete sobre a dialética que ajudou a constituir o SUS e conseqüente papel dos Conselhos.

Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social. (Santos, 2008, p. 46).

Pode-se perceber pela complexidade do Sistema Único de Saúde o quanto representa a estrutura da Sociedade Civil Organizada na forma organizativa dos Conselhos de Saúde, o protagonismo exercido como parte estruturante do Sistema.

No livro *Orientações para Conselheiros de Saúde*, do Tribunal de Contas da União, um resumo da lei que regulamenta o SUS apresenta uma dimensão da complexidade do sistema.

Com esta definição objetiva do SUS, pode-se partir para suas ramificações e estruturações, entrando aqui a participação da comunidade através dos Conselhos de Saúde. Nesse caso, segundo refere o livro *Orientações para Conselheiros de Saúde*, entende-se que

“A população deve participar na definição, no controle e na fiscalização da execução das políticas públicas de saúde. As diretrizes das políticas de saúde encontram-se detalhadas nos planos municipais e estaduais de saúde. A participação popular ocorre por meio de entidades e movimentos que representam a sociedade”. (Tribunal de Contas da União, 2010, pg. 61).

2.2 - CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

A Lei 8.142/1990 nos traz uma definição clara e objetiva do que é e o que representa o conselho de saúde, onde estabelece que:

O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de

estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Os Conselhos de saúde emergem da luta do Movimento da Reforma Sanitária que por sua vez constituiu-se de pensadores, sanitaristas, usuários, políticos e trabalhadores em saúde que tinham conceitos bem definidos de sociologia e como aplicá-los em um espaço que mais tarde viria ser um dos alicerces do SUS. Correia (2009) apresenta o seguinte entendimento da origem da expressão Controle Social.

A expressão controle social tem origem na sociologia. De forma geral é empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Assim sendo, assegura a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados. Mannheim (1971, p. 178) a define como o “conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem”. (Correia, 2009, apud Mannheim, 1971, P. 178)

Em saúde o Controle Social se manifesta em conselhos, onde entende-se como órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo que se encontra, em relação a sua composição e existência, alheio ao desejo de existência ou não por parte do Executivo nas três esferas de poder. Para ocorrer uma possível dissolução dos conselhos, haveria a necessidade de uma Lei Federal que provocasse sua extinção. As reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde funcionam como instâncias de decisões e pactuações das políticas públicas em saúde.

O controle social é um exercício de cidadania que transcende a ação do poder executivo da forma tradicional quanto à construção de políticas públicas, Apesar disso poucos atores se denominam detentores do saber e das responsabilidades para decidir sobre a coletividade e suas necessidades vitais. Sob esta ótica criaram-se os conselhos de saúde que possuem em sua formatação atores sociais e organizações legítimas provenientes de diferentes segmentos sociais com o objetivo de contemplar as diversas necessidades atinentes ao Sistema Único de Saúde (SUS). A população usuária do SUS tem sua representação nos Conselhos de Saúde distribuída em quatro segmentos, com 50% de usuários, 25% de trabalhadores em saúde e 25% representantes da gestão e prestadores de serviço.

Pensando o nascimento e ligação dos Conselhos de Saúde no processo da Reforma Sanitária que aconteceu no Brasil nos idos de 1980, entende-se que os atores sociais envolvidos como a sociedade civil, movimentos sindicais e sociais urbanos, partidos de oposição ao regime militar, trabalhadores em saúde deixando ao lado questões corporativas com intuito de pensar um sistema universal e único que melhorasse as condições de saúde juntamente com indicadores sociais fortalecendo desta forma a saúde pública e não somente para os segurados do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), debateram questões entre elas formas de gestão democrática, encaixando neste contexto os Conselhos de Saúde.

As propostas que emergiram do movimento da Reforma Sanitária foram essenciais ou até o marco regulatório que preparou todo *establishment* da época para eclodir com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Dentro desta perspectiva, Arouca (1998), afirma que:

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

Martins (2004, p. 02) destaca os alicerces teóricos que o movimento da Reforma Sanitária utilizou para conceber os primórdios e a formatação do Controle Social na Saúde.

A relação entre a sociologia e os estudos sobre a saúde afirma-se a partir de caminhos cruzados: um deles nasce no campo sociológico, revelando a importância de se compreender a saúde como um fenômeno social, isto é, um fato resultante das interações humanas, produto da vida em sociedade como o são igualmente outros acontecimentos: educação, família, religião, política, economia e lazer. Classicamente, os estudos sociológicos sobre saúde estão mais centrados nas práticas médicas, nas relações entre médico e paciente (como o provam estudos sociológicos clássicos sobre o assunto:

aqueles conduzidos por autores como T. Parsons, E. Goffman e outros norte-americanos entre os anos cinqüenta e sessenta do século passado). Tal preferência explica-se pela importância dada à medicina de caráter assistencial-curativo, a clínica médica, no campo da saúde, nos últimos dois séculos, em detrimento de uma compreensão mais ampla dos sistemas de cura e dos modelos de gestão na saúde.

Sendo os Conselhos constituídos desta forma plural, compreende-se que o acesso garantido pela legislação às informações sobre ações do executivo tornam os processos decisórios mais democráticos. Apontando para este horizonte no que diz respeito à saúde pública, sabe-se que as decisões são tomadas “com” e não “para” usuários, sendo pautada pela corresponsabilidade, cooperação e co-gestão. No entanto, atuação desses atores depara-se com dificuldades, uma vez que a maioria destes não possui uma capacitação técnica e política adequada para exercer este papel na sociedade. Diante desse fato, sabe-se que uma gestão eficaz e participativa está associada a um tema atual e recorrente, a educação permanente.

Neste contexto, o artigo 21 da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde corrobora com este indicativo quando discorre que:

Art. 21. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por:

I – Planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço.

2.3 - CONTROLE SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Pensando no controle social voltado para as políticas públicas, observa-se que os mecanismos de controle não são exclusividades do setor saúde, foram criados e aperfeiçoados de acordo com cada área de atuação devido à necessidade de obter transparência e efetividade na aplicação dos recursos. Segundo o cientista social Renato Cancian,

“O conceito de controle social tem origem na sociologia americana da segunda década do século 20. Controle social pode ser concebido

como um conjunto heterogêneo de recursos materiais e simbólicos disponíveis em uma sociedade para assegurar que os indivíduos se comportem de maneira previsível e de acordo com as regras e preceitos vigentes”. (CANCIAN, 2012, P. 19)

Considerando a corrupção como endêmica em todos os setores da sociedade quer seja pública ou privada, o controle social surge desde a reforma do Estado brasileiro como mais um mecanismo para evitar uso indevido do dinheiro público. Dentro desta lógica pode-se inferir que os gastos com mecanismos de controle são altos pela capilaridade da execução inadequada e ilícita dos bens públicos. Não podemos gastar mais com mecanismos de controle do que gastamos com a execução propriamente dita, invertendo esta lógica perversa estaremos alcançando um patamar de excelência moral e ética no trato da coisa pública e privada.

Nesta perspectiva, Santos em trabalho apresentado em Congresso realizado em Madrid, intitulado Controle social e a transparência da Administração Pública Brasileira, discorre:

A ampliação do controle social, da responsabilização dos agentes públicos e a busca de maior transparência, além de ser imperativo da construção da democracia, vincula-se, no Brasil, à necessidade de enfrentar um problema de graves proporções: a corrupção na esfera pública. Sem tal enfrentamento, a instrução de mecanismos flexibilizadores da gestão e do controle, orientados para a introdução de uma administração orientada para resultados poderão produzir disfunções ainda mais graves do que a perda de eficiência na alocação dos recursos (Santos, 2004, p. 13/14).

Foucault (1986) destaca o papel das mudanças sociais que ocorreram nos séc. XVIII e XIX como sendo o início de importantes alterações no jogo do poder quando este foi sendo gradativamente substituído por aquilo que Foucault doravante irá denominar de sociedades disciplinares. Tais sociedades atingiram o seu apogeu no séc. XX e essa passagem de uma forma de dominação a outra ocorreu quando a economia do poder percebeu ser mais eficaz e rentável vigiar do que punir. Entretanto para Alvarez o conceito de sociedade disciplinar tem um avanço quando Deleuze introduz o conceito de sociedade de controle.

Gilles Deleuze, por sua vez, apontava para uma ruptura dos mecanismos de regulação dos comportamentos na atualidade, ao considerar que as sociedades contemporâneas não seriam mais

"sociedades disciplinares", tal como pensadas por Foucault, mas sim "sociedades de controle", nas quais os mecanismos de confinamento estariam sendo substituídos por novas tecnologias eletrônicas e informacionais de supervisão e controle dos indivíduos e das populações (Alvarez, 2004, p. 174).

Em relação aos CMS, pode-se considerar que esses exercem um papel disciplinar no que tange a fiscalização dos recursos públicos onde ocorrendo má aplicação é desencadeado um processo de denúncia que se verificado pode apresentar responsáveis e conseqüentes penas. Este papel disciplinar é possível por também estar compreendido como uma sociedade, movimento, de controle. Aqui temos teorias complementares que ajudam a entender a lógica e o papel dos Conselhos de Saúde.

Alvarez (apud Durkheim, 1978:120, p. 169) faz uma analogia do crime pensado sob a lógica da punição visando garantir a integração social, como podemos afirmar que um recurso mal aplicado no setor saúde pode vir a ceifar vidas, exigindo esta prática uma resposta da sociedade representada pelo controle social.

Se o crime "ofende certos sentimentos coletivos dotados de uma energia e de uma clareza particulares" (Durkheim, 1978:120), a pena é a reação coletiva que, embora aparentemente voltada para o criminoso, visa na realidade reforçar a solidariedade social entre os demais membros da sociedade e, conseqüentemente, garantir a integração social.

Considerando Durkheim e pensando no papel do controle social, uma das funções do CMS é servir de ponte entre a sociedade e mecanismos de controle e fiscalização que possam instaurar ação civil pública quando interesses da saúde pública forem lesados. São os olhos do bom trato com a coisa pública, os olhos da legalidade.

Considerando Durkheim sobre controle social, observa-se noção de poder conferida aos conselhos. Foucault narra com propriedade sobre este sentimento que pode ser considerado o dínamo gerador que propulsiona muitas vezes o narcisismo de não simplesmente sentir que se tem o poder, mas de ser o próprio poder.

[...] o indivíduo não é o outro do poder; é um de seus primeiros efeitos. O indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constituiu. (FOUCAULT, 1982, p.183/184).

O poder constitui-se para o bem e para o mal, tanto em nível do Poder Executivo como nos órgãos que detém o poder de fiscalização. Esta lógica dialética pode levar a construção de uma relação opressor e oprimido se o papel de quem executa e de quem fiscaliza não apresentarem conceituações e definições claras.

Considerando a constituição da concepção sobre controle social ser anterior ao movimento da reforma sanitária e conseqüentemente ao SUS, pode-se afirmar que este conceito sofreu adaptação e ganhou projeção histórica e social a partir dos movimentos sociais que constituem a rede de saúde.

O Controle Social exercido através do CMS tem prerrogativa de lei. Lei esta que emergiu das próprias conferências de saúde nas esferas municipal, estadual e nacional. Neste contexto, destaca-se o papel da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) uma vez que esta conseguiu abranger toda discussão do movimento da Reforma Sanitária no Brasil, culminando com a produção do texto que balizou as leis de criação do SUS.

Posteriormente, as discussões produzidas na 8ª CNS foram chanceladas pelo Congresso em forma de leis através de muita luta e mobilização da sociedade civil organizada nos seus fóruns de participação social. Segundo Rios (1987):

Participação social é um conceito genérico usado na Sociologia com o sentido de: a) integração, para indicar a natureza e o grau da incorporação do indivíduo ao grupo, e b) norma ou valor pelo qual se avaliam tipos de organização de natureza social, econômica. Política, etc.

Além de apresentar, analisar, descrever, observar e explanar sobre assuntos referentes a políticas públicas, os Conselhos de Saúde exercem seu protagonismo sob a forma de lei e pela força emanada dos movimentos sociais organizados, trabalhadores em saúde, gestores e prestadores de serviço. Talvez esta seja a fórmula que persiste, resiste e fortalece a existência e efetiva participação dos Conselhos, a paridade.

“Os conselhos de saúde são órgãos colegiados deliberativos e permanentes do SUS, existentes em cada esfera de governo e integrantes da estrutura básica do Ministério da Saúde, das secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com composição, organização e competência fixadas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Atuam na formulação e proposição de estratégias, e no controle da execução das políticas

de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. Suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído, em cada esfera de governo”. (O SUS de A a Z, 2009, p. 99).

Diante do caráter outorgado aos Conselhos de Saúde, este trabalho visa confrontar realidades e observar importâncias, se as mesmas se verificarem, assim como os avanços tanto nas políticas públicas de saúde como na efetivação do CMS enquanto colegiado de deliberação, pactuação e fiscalização das ações e serviços públicos de saúde.

Desta forma, o poder executivo não pode utilizar os recursos do setor saúde sem consultar, aprovar ou deliberar em seu respectivo Conselho de Saúde. Apesar da fragilidade de algumas políticas públicas, da falta de transparência em outras, e, até a falta de capacitação de alguns conselheiros para que possam melhor exercer seus papéis, sem este importante exercício de democracia participativa o SUS não teria chegado aonde chegou e, por conseguinte não vislumbraria melhores horizontes.

Cabe aos Conselhos não somente fiscalizar se os percentuais de recursos públicos nas três esferas de Governo mais o DF estão de acordo com os percentuais aprovados no Decreto Lei nº 7058 que teve como base a Emenda Constitucional 29, mas também se estão sendo realmente aplicados em ações e serviços em saúde considerados universais. Pensando no Estado do Rio Grande do Sul, temos problemas recorrentes de ações que não são consideradas universais quanto ao acesso e atualmente e de longa data, estão incluídas em ações e serviços no setor saúde, como Corsan, Ipê e Hospital da Brigada Militar que possuem clientela fechada para acessarem seus serviços.

3 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 - TIPOS DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada sob a forma de estudo de caso, onde pretendeu-se dar um sentido, nominar, traduzir a importância do papel do Conselho Municipal de Saúde no que tange a participação efetiva na fiscalização, deliberação e elaboração participativa e democrática de políticas públicas inclusivas de saúde no Município de São Francisco de Paula.

3.2 - COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2011 e janeiro de 2012, mediante aplicação de um questionário autoaplicado, com perguntas fechadas e abertas aos conselheiros e ex-conselheiros representantes dos quatro segmentos que compõem o Conselho Municipal de Saúde de São Francisco de Paula. Realizou-se também uma pesquisa na documentação oficial do Conselho Municipal de Saúde como atas de reuniões ordinárias e extraordinárias assim como as Conferências Municipais de Saúde já realizadas desde a fundação do CMS.

Durante o tempo em que estive como Secretário de Saúde observei uma lacuna importante na história do Controle Social, que é a falta de memória escrita e oficial que constituem qualquer organização ou movimento. Considerando o período em que estive como Conselheiro do CNS, Sindicalista e ativista do movimento estudantil, este caminhar fez com que apontasse para um trabalho que pudesse ao mesmo tempo servir para cumprir a última etapa da especialização em Gestão Pública Municipal e como forma de construir e deixar fisicamente um legado para o CMS do Município, retornando através de comprometimento cidadão para São Francisco de Paula aquilo que de certa forma me foi propiciado em oportunidade de trabalho.

Considerando esta a segunda especialização por mim realizada no período em que trabalhei como Psicólogo, Coordenador do CAPS e Secretário de Saúde compreendendo um período aproximado de sete anos, pensei que esta seria uma forma onde poderia retornar para a cidade, retribuindo a quem me possibilitou esta oportunidade uma construção e produção de conhecimento com intuito de ajudar a retratar um período onde considero que São Francisco de Paula deu importante salto de qualidade na assistência a saúde.

Esta lógica de contribuição científica oferecida por este pesquisador e pelos demais trabalhadores que realizaram especialização, ajudam a formar um histórico da saúde pública no município e serve de subsídio na construção e diagnóstico do perfil epidemiológico e social do Município. Enquanto conselheiro do CMS ajudei a construir uma lógica de respeito e cooperação entre os conselheiros, observando as diferenças entre os segmentos que constituem o Conselho e as valorizando pela importância do exercício da democracia na construção dos consensos e discussões em prol da saúde pública.

3.3 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados através da utilização de documentos e das informações fornecidas pelos indivíduos foi realizada através de técnica qualitativa de análise e discussão dos dados apresentados através das entrevistas, atas de reuniões do CMS e vivências de pessoas que possam substituir a ausência de documentação oficial.

Os dados foram sistematizados em categorias: estrutura de saúde, formação do conselho, principais ações desenvolvidas pelo CMS, principais entraves à atuação do CMS, principais conquistas a partir da atuação do CMS, efetividade do CMS.

A pesquisa foi executada no município de São Francisco de Paula, RS, junto ao Conselho Municipal de Saúde, nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde, situada na Avenida Júlio de Castilhos 992, Salão.

Foi realizado tabulação de dados simples que vai ao encontro do viés qualitativo do trabalho, onde as respostas observadas no questionário aplicado ao público alvo servem de referência para observar o entendimento e clareza dos entrevistados.

Para que o objeto da pesquisa fosse exequível, foi analisada documentação oficial do CMS como, legislação, atas de reunião ordinárias e extraordinárias assim como as Conferências Municipais de Saúde realizadas desde a fundação do CMS.

Foi elaborado um questionário (Apêndice), semiaberto com dez perguntas de natureza qualitativa com o propósito de coletar informações dos Conselheiros Municipais de Saúde. Através das respostas obtidas foi possível analisar o papel do Conselho na fiscalização, deliberação e concepção das políticas públicas de saúde implementadas no município conforme objetivos deste estudo.

4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 - SÃO FRANCISCO DE PAULA – ASPECTOS ESTRUTURAIS DA SAÚDE NO MUNICÍPIO

Este estudo foi realizado no município de São Francisco de Paula, situado a 111 km de Porto Alegre, com uma população de aproximadamente 22.000 habitantes. O município possui uma área de 3.289,70km², sendo um dos maiores municípios do estado do Rio Grande do Sul em extensão.

Em relação às estruturas de saúde, o município possui 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que seis destas estão localizadas na zona rural e quatro possuem equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF). Segundo dados do IBGE, 76% da população serrana utiliza os serviços públicos de saúde. Além das Unidades de Saúde com área física própria do Município, existem o que a gestão denomina de pontos de atendimento e serviços em saúde. Estes pontos estão localizados na vasta área rural do município e totalizam o número de 21 (vinte e um) locais que vão desde residências cedidas gratuitamente por moradores destas longínquas localidades, escolas e salão paroquial da comunidade.

O município é responsável pela Atenção Básica dos Serviços em Saúde em sua área de adstrição. Isso corresponde aos serviços básicos e essenciais como a Estratégia de Saúde da Família, Programa Nacional de Imunizações (onde está incluído o sistema vacinal), odontologia básica e preventiva e as especialidades de ginecologia e pediatria.

Estes serviços são ofertados tanto na área urbana quanto rural do município. Os serviços de média e alta complexidade são referenciados de acordo com mapa sanitário construído entre municípios de determinada região conjuntamente com o Estado onde o teto financeiro destes municípios que não possuem gestão plena dos serviços é alocado nos municípios que possuem gestão plena dos serviços e prestam atendimentos aos munícipes que possuem na atenção básica sua vocação.

Além dos serviços básicos, o município conta com alguns serviços de média complexidade como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Tele medicina por vídeo conferência na área de cardiologia em convênio com Estado e Instituto de Cardiologia, SAMU Suporte Básico onde não exige médico para sua operação haja

vista que não pode sair dos limites do município, ambulância própria equipada para UTI que dá suporte a SAMU básica e para remoções de maior complexidade além de consultas especializadas nas áreas de traumatologia, urologia, neurologia, oftalmologia e otorrinolaringologista.

Enquanto Secretário de Saúde de São Francisco de Paula tive a possibilidade de agregar serviços que pertenciam a uma realidade distante dos municípios. Entre os aspectos contribuintes para o sucesso na implementação das políticas públicas em saúde foi a manutenção em mais de 80% da equipe de trabalho do Gestor da Secretária anterior ao autor que escreve, Luis Carlos Bolzan hoje Diretor Geral de Ouvidoria do SUS, departamento que está no organograma do Ministério da Saúde.

Além da manutenção da equipe, foi dada atenção especial aos recursos humanos dos trabalhadores em saúde tanto na contratação de novos servidores quanto a capacitação dos que já se encontravam trabalhando na rede de saúde. A experiência em Saúde Pública em nível de Mestrado, Residência ou Pós Graduação foi fundamental para se obter um pensar e olhar crítico sobre a comunidade serrana.

No período compreendido de abril de 2005 até janeiro de 2012, três Enfermeiros, um Psicólogo, uma Odontóloga, uma Nutricionista e uma Médica cursaram a segunda turma de Pós Graduação em Saúde da Família e da Comunidade na Unisinos com financiamento da OPAS e Ministério da Saúde, sendo que o produto final desta turma foi o livro intitulado Sementes do SUS II.

Também teve um Médico, três Enfermeiras e um Psicólogo que tinham a Residência em Saúde Pública concluída no Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Além dos residentes formados, teve um Farmacêutico e uma Odontóloga que foram forçados a pedir desligamento de São Francisco de Paula para iniciar a Residência no GHC. Em dezembro de 2011 a atual Farmacêutica da Secretaria de Saúde concluiu o Mestrado em Saúde Coletiva pela Unisinos.

O quadro funcional também contou com uma Nutricionista com Mestrado em Saúde Coletiva pela Unisinos e que também deixou o quadro funcional para se dedicar ao Doutorado na mesma área de atuação. Recentemente tivemos no quadro uma Psicóloga que realizou o Pós Graduação de Gestão em Saúde no EAD da UFRGS, um funcionário do Administrativo que juntamente com o Secretário realizou o Pós em Gestão Pública Municipal, também pelo EAD da UFRGS.

Um dos diferenciais apresentados em termos de comprometimento com o SUS local foi a liberação por parte do Secretário de Saúde para educação continuada em saúde pelos trabalhadores e conselheiro municipais de saúde. O nível de comprometimento foi tamanho que os trabalhos de conclusão de curso em Pós Graduação e Mestrado dos trabalhadores que o fizeram, foi sempre voltado para os usuários locais.

Um exemplo prático foi o da farmacêutica que realizou sua monografia de conclusão do Mestrado sobre o perfil epidemiológico dos usuários de medicação em São Francisco de Paula. O trabalho consistiu em educação continuada sobre o uso racional e para não ocorrer automedicação, foram entrevistados mais de 700 usuários. A todos trabalhadores liberados sempre era solicitado, dentro de uma perspectiva social e de retorno, que o trabalho pudesse ajudar a traçar o perfil epidemiológico para posteriormente construir ações que efetivamente pudessem melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Dentro desta perspectiva, considerando a formação de Psicólogo do autor e que o mesmo foi responsável pela estruturação da saúde mental no município quando estava a frente da Secretaria de Saúde Luis Bolzan, foi passada a incumbência desde a planta arquitetônica, captação dos recursos e construção do CAPS ao agente desta monografia.

Foi o trabalho desenvolvido como Coordenador do CAPS e a todo processo de implantação o mote do convite do Prefeito Décio Colla para que assumisse a Secretaria Municipal de Saúde em outubro de 2008 no momento da saída do então Secretário Luiz Bolzan que iria assumir a Diretoria Geral do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS).

A formação profissional, técnica e política dos últimos dois gestores foi gerador de uma política humanizada e eficaz para a Saúde Mental, onde trabalhos do CAPS foram apresentados por dois anos consecutivos em Congresso de Psiquiatria e Psicologia em Portugal, sempre com apoio e incentivo da gestão. Fez também com que a Psiquiatra Telma fosse ao Amapá falar sobre rede de saúde Mental em Conferência Estadual de Saúde Mental.

Em relação aos serviços da rede de saúde mental, foi pensada uma rede de suporte importante na área de Saúde Mental, que são os leitos psiquiátricos e de álcool e outras drogas dentro do hospital da cidade, são cinco leitos psiquiátricos e oito

leitos de álcool e outras drogas. As demais especialidades da área médica e odontológica possuem referências de acordo com a contratualização realizada e ofertada pelo Estado. Aqui lista-se desde a buco maxilo facial, gestação de alto risco, cirurgias em todas as especialidades, transplantes, hemodiálise, radioterapia e quimioterapia. Os municípios que mais recebem a demanda de São Francisco de Paula são pela ordem: Porto Alegre, Canoas e Taquara. Outras especialidades ou leitos de UTI são regulados pela central de regulação do Estado.

Uma das conseqüências da oferta de ser regulada desta maneira resulta em ter que remover uma criança para o município de Santo Ângelo, exemplo prático que aconteceu porque o único leito de UTI que a central de regulação estadual ofereceu foi neste município que se encontra a mais de 500 km de São Francisco de Paula.

Esta lógica pode fugir um pouco do que a gestão pensa e deseja no processo de humanização ao usuário do SUS, mas pela rede de serviços disponíveis é o possível para o momento. Todavia, todos os esforços para que este quadro seja alterado acontecem são constantes e sistemáticos através dos fóruns de pactuação nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) do Estado, Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA) / Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS-RS) e nível central do Estado.

4.2 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Em análise geral das políticas públicas em saúde, faz-se importante ressaltar o sub financiamento em setores cruciais da assistência tanto na atenção básica quanto na média e alta complexidade. Tal posição é corroborada por Santos, (2005) quando refere sobre o tema:

Cabe destacar que o sub-financiamento público na saúde hoje, o maior freio na implementação do SUS, é menos pior na Saúde do que na Educação, Saneamento, Condições de Trabalho, Meio Ambiente, Previdência e Assistência Social e outros setores sociais, que não contam com movimentos sociais como o da Reforma Sanitária. (Jornada de Economia da Saúde IV Ciclo de Debates – 09.06.05 - DES / SCTIE / MS. Apresentação de Nelson R. dos Santos).

Com a municipalização da saúde restou aos municípios a maior fatia do financiamento e aos Estados e União o co - financiamento que na maioria dos programas e ações não cobre todo o custeio do serviço em ações e serviços de assistência aos usuários do sistema de saúde em todos os níveis de complexidade.

Aliado ao financiamento precário, novos programas e ações em saúde pública demandam cada vez mais por recursos humanos qualificados e em maior quantidade. O grande problema dos municípios em relação à adesão as políticas de saúde é quanto à forma de contratação dos trabalhadores em saúde e ao limite da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que não pode ultrapassar 54% dos recursos próprios do município advindos da fonte de arrecadação de impostos e participação em outros tributos.

Como a demanda pelo acesso aos serviços de saúde é universal, a sua procura tem se tornado diametralmente oposta à capacidade em absorver, regular e prestar assistência qualificada aos usuários. Muitos usuários são oriundos dos planos privados de saúde, que são seletistas, caros e excludentes quer seja nos serviços oferecidos quanto aos altos valores cobrados de seus clientes.

Algumas saídas para os municípios não caírem no descumprimento da LRF têm sido os contratos de gestão com Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS), Organização Social (OS) e mais recentemente as Fundações

Públicas de Direito Privado com intuito de celebrar contrato Estatal de prestação de serviços com o Poder Executivo Municipal.

Todas estas formas citadas, bem gerenciadas e com efetiva fiscalização do Controle Social se apresentam como saída para o estrangulamento da prestação de serviços no setor saúde. O próprio Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul tem se mostrado mais sensível a este tema.

Todo processo novo é alvo de críticas, algumas contundentes, que vem de segmentos do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde e do Ministério Público. Enquanto pesquisador de saúde pública em São Francisco de Paula durante o desenvolvimento dessa pesquisa percebi que os contratos de gestão eram favoráveis no contexto da qualificação e ampliação da oferta de serviços devido ao estrangulamento da assistência a saúde no Brasil.

Na maioria das vezes os gestores em saúde argumentam não ter tempo de pensar e planejar como seria o ideal, muitas vezes a demanda dita o ritmo do trabalho a ser desenvolvido ou do serviço a ser agregado, sem contar que cada serviço novo instalado surge com força uma demanda reprimida que até então se encontrava em estado de latência.

Para ilustrar a construção desta assertiva, reporta-se ao Serviço Móvel de Urgência (SAMU) onde o Programa exige Técnicos (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Condutores) com cursos de qualificação específicos para trabalharem no Programa, tais como Suporte Básico de Vida (BLS), Atendimento Pré Hospitalar (APH) para equipe de Enfermagem, Conductor de Emergência para condutores e Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS) para os médicos. O quadro funcional dos municípios não suporta este perfil específico de funcionários, considerando isto, se tem o entendimento que ocupar estas vagas com quadro de provimento efetivo pode se configurar no inchaço da máquina pública.

Também o programa da Farmácia Popular se torna deveras complicado aos municípios de pequeno porte, caso de São Francisco de Paula, concursar dois farmacêuticos, dois atendentes e um auxiliar de limpeza. Pode-se realizar o concurso através do emprego público vinculado ao programa prevendo qualquer desassistência ou extinção dos programas federais que oferecem custeio mensal. Se for emprego público ficando vinculado ao programa, ocorrendo a extinção do mesmo seria possível a demissão dos funcionários. Todavia podem os funcionários entrar com ação na

justiça do trabalho exigindo vínculo com a Prefeitura e ganhar, onerando a folha do município e encostando cada vez mais no limite da LRF.

O Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF) também exige uma equipe multidisciplinar de nível superior para assessorar em nível de matriciamento¹ as Unidades Básicas de Saúde nas intercorrências mais específicas do usuário que acessa o sistema.

Todos os programas acima citados agregam conhecimento científico, resposta rápida e qualidade na assistência. Mesmo que sejam consideradas políticas de saúde, podem sofrer alterações, serem extintas ou substituídas. Isto cria um problema de adequação funcional em muitos municípios que possuem parca arrecadação, se o regime for da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) tem o agravante de não poder alterar a função para qual o servidor prestou o concurso público.

Desta forma o município arca muitas vezes com o funcionário parado, como exemplo de São Francisco de Paula com os extintos tratoristas. Quem era tratorista não podia dirigir caminhão, carro ou máquinas pesadas, como se tornou obsoleto com o passar dos anos e o Executivo não podia alterar função pelo fato do regime trabalhista ser o da CLT, alguns receberam sem trabalhar por longos períodos, somente se apresentavam na Secretaria de Obras para bater o cartão.

Esta faceta da realidade, o problema cotidiano do gestor público municipal, muitas vezes é negado ou colocado em segundo plano na discussão do controle social. Por estes motivos a saída encontrada são os contratos de gestão não pelo fato de precarizar as relações de trabalho, mas para aumentar e qualificar a assistência à saúde para os usuários do SUS.

O contrato bem celebrado, acompanhado e fiscalizado é tão correto quanto o concurso. Não são os meios justificando os fins, mas não pode a gestão ficar paralisada frente à avassaladora demanda pelos serviços de saúde, necessidade esta que se transforma culturalmente numa velocidade maior do que as leis tem capacidade de suportar, principalmente a LRF que em seu artigo dezenove estabelece limite com pagamento de pessoal em 60% aos municípios com fontes advindas das

¹ Equipe matricial ou apoio matricial “é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde” “neste arranjo a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de atenção básica” (GUIMARÃES C. F., SILVA A. C., PALUDO G., GALLIO H. C. & BARBOSA M. R. M. P.142 apud MELLO, MELLO, KOHN e al., 2007, p. 65).

receitas líquidas correntes. (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm, acessado em 13 de maio de 2012)

Argumentos colocados como desfavoráveis vão desde o poder decisório do Executivo sobre a seleção de pessoal propriamente dita e pela precarização do vínculo de trabalho, uma vez que as OSCIPS, OS e Fundações Públicas de Direito Privado pertencem à administração indireta. Desta forma o trabalhador teria o seu vínculo empregatício com o terceiro setor mas trabalhando com a execução do serviço na administração pública direta, caracterizando impessoalidade e interposta pessoa segundo entendimento dos órgãos fiscalizadores como CMS, Tribunal de Contas e Ministério Público.

Muitos bradam a precarização nas relações de trabalho, a inconstância e falta de continuidade das políticas públicas quando o trabalhador em saúde não pertence ao quadro de provimento próprio do Município. Todavia a velocidade com que a gestão é cobrada para ser efetiva e resolutiva não pode ficar refém de discussões passionais em detrimento da técnica e assistencial de respostas que efetivamente atendam a necessidade de saúde dos Usuários do SUS.

O Conselho Nacional de Saúde deflagrou campanha aberta contra a terceirização dos serviços de saúde, referindo-se a OS colocou um chamado em sua página eletrônica com o seguinte conteúdo.

CNS adere à "Frente Nacional pela procedência da Adin 1.923/98 - Contra as Organizações Sociais". O Conselho Nacional de Saúde deliberou, em sua 210ª Reunião Ordinária, realizada entre os dias 9 e 10 de junho, pela adesão à Frente Nacional pela procedência da Adin 1.923/98 - Contra as Organizações Sociais (OSs). A Frente é composta pelo Fórum Popular de Saúde do Paraná, Fórum em Defesa do SUS e Contra as Privatizações de Alagoas, entidades e movimentos sociais com o objetivo de pautar, junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) a importância de votarem favoravelmente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) 1923/98 contra a Lei 9.637/98 que *"dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências"*, e contra a alteração do inciso XXIV do artigo 24 da Lei 8.666/93, com redação dada pelo artigo 1º da lei 9.648/98 que *permite a dispensa de licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais*. Para o fortalecimento da luta contra o modelo de terceirização na saúde, é fundamental que os Conselhos de Saúde do país colaborem na divulgação e, principalmente, na adesão à Carta Nacional pela

aprovação da Adin e do Abaixo-Assinado Digital contra a privatização. Link acessado em 13 de maio de 2012. (http://conselho.saude.gov.br/informativo/2010/31/informe_31.htm)

Este posicionamento não tem o poder da súmula vinculante do Supremo Tribunal Federal em relação aos Conselhos Estaduais de Saúde e aos Conselhos Municipais de Saúde, pois todos apresentam organicidade autônoma perante a Lei 8.142/1990. Todavia o Ministério Público Federal e alguns Ministérios Públicos Estaduais têm seguido este indicativo do CNS.

Já o Ministério Público Estadual do Espírito Santo apresenta uma visão contemporânea do papel da administração pública indireta na execução dos serviços e da assistência a saúde quando aponta para a geração de renda importante aos municípios. Leva ao entendimento do ganho de escala para economia e excelência da prestação de serviço sem em momento algum abrir mão do controle social, esta visão apresenta coragem a um tema tão polêmico e atual, mas que deve ser realizado acima de tudo com razão e responsabilidade social.

A ampliação cada vez maior de iniciativas privadas com sentido público evidencia o quanto se tornou essencial e emergente, a atuação do Terceiro Setor – não-governamental e não-lucrativo – como parceiro imprescindível no atendimento às demandas mais prementes do povo brasileiro. Iniciando-se por meio de mecanismos de ação mais simples tais como os movimentos comunitários e populares, e expandindo-se por meio de novas formas de organização mais estruturadas e com maior grau de complexidade, como ONGs, Fundações e OSCIPs, o Terceiro Setor é hoje, capaz de mobilizar um crescente volume de conhecimentos, experiências, assim como recursos humanos e materiais, além de constituir-se em uma das grandes economias mundiais, por meio da captação, geração e utilização de um volume grandioso de recursos, além da garantia de emprego e renda. Link acessado em 12 de maio de 2012. <http://www.mpes.gov.br/anexos/conteudo/207715537592006.pdf>

Na contramão do entendimento do Ministério Público Estadual do Espírito Santo, o Fórum em defesa do SUS se declara contra o que considera a privatização da Saúde Pública. O referido Fórum agrega várias entidades, partidos, trabalhadores em saúde, movimentos sociais, conselheiros de saúde, usuários, estudantes e sindicatos. Referem defender a efetivação do SUS como projeto societário de inclusão social para que possa oferecer condições de dignidade a vida humana, excluindo a

divisão de classe social e amparado segundo entendimento no Movimento Sanitário. A seguir descrição das entidades participantes do fórum segundo informação encontrada no blog do movimento acessado em 12 de maio de 2012. <http://forumdefesadosusmg.blogspot.com.br/p/entidades.html>

AMMFC - Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade
* Assembléia Popular * ASSUSAM - Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental * Mohan * Brigadas Populares * Consulta Popular * Espaço Saúde UFMG * MMM - Marcha Mundial de Mulheres * MST - Movimentos dos Trabalhadores Sem Terra * MTD - Movimento Trabalhadores Desempregados * Movimento Luta de Classe * Sindibel - Sindicato dos Servidores de BH * Sindmed-MG - Sindicato dos Médicos de Minas Gerais* SindSaúde - Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado de MG * Sintsprev - Sindicatos dos Trabalhadores da Previdência/MG *SindSep/MG - Sindicato dos Servidores Federais *Sindicato dos Farmacêuticos de MG * Sindicato dos Psicólogos * PCB * PSOL * PSTU * Gabinete Deputado Adelmo Leão * Gabinete Deputado Rogério Correia * CTB * CUT * CSP/CONLUTAS *ANEL - Assembleia Nacional dos Estudantes Livres * DCE-UFMG * Centro Acadêmico de Fisioterapia e Terapia Ocupacional * Executiva de Medicina e Serviço Social.

A democracia como exercício do contraditório, do conflito de idéias, considerando como exercício da maioria, sempre nos apresenta visões diferentes sobre o mesmo tema. Pode-se afirmar a democracia como um exercício e não simplesmente e de forma reducionista um modelo, neste aspecto observa-se atores favoráveis a este modelo de gestão onde se encontram principalmente o poder executivo e prestadores de serviço e movimentos contrários encontrados principalmente no segmento dos usuários e trabalhadores em saúde.

Pensando nos segmentos que compõe os conselhos de saúde, demonstra uma tendência favorável maior por parte de quem realiza a execução do serviço da assistência em saúde e um contraditório maior em força e mobilização de movimentos, partidos e grupos que representam em sua maioria os usuários do SUS e trabalhadores em saúde. Temos o terceiro setor nem no reino dos anjos e nem no inferno, mas sim a constituição de uma alternativa necessária de um modelo de gestão que atenda as necessidades básicas da população, neste sentido Joaquim Falcão, Diretor da Escola de Direito da Fundação Getúlio Vargas, discorre:

Propor novo marco legal para o Terceiro Setor, significa propor um conjunto de novas normas. Não é propor apenas nova lei, apresentar novo anteprojeto. Trata-se de identificar, discutir e desenhar novas soluções - econômicas, políticas, administrativas - a serem legalizadas, transformadas em lei, para enfrentar os múltiplos problemas que atingem o Terceiro Setor. Dificultam seu crescimento. Múltiplos problemas a necessitar de múltiplas normas. Trata-se de propor novo conteúdo, nova matéria legal, novo direito substantivo. Nestes momentos a prioridade é um conjunto de anteprojetos de lei, dedicando esforço e conhecimento superiores ao que se dedica ao seu encaminhar. O foco é mais no destino, do que na estrada. E, no entanto, sem esta, aquele não se viabiliza. Se não acertamos na estratégia legislativa, pouco terá adiantado a imaginação e o debate substantivo. Link acessado em 12 de maio de 2012. <http://www.mpes.gov.br/anexos/conteudo/207715537592006.pdf>

Observando atentamente a legislação (lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990), percebe-se que ela outorga sim aos Conselhos de Saúde o poder deliberativo e de fiscalização, possibilitando desta forma realizar contratos de gestão observando a impessoalidade e transparência. Com isso pode-se afirmar que a política de saúde pode ser boa ou má de acordo com a intenção e capacidade de quem a executa ou, ainda, de quem a fiscaliza, pois ninguém pode se considerar detentor único do saber ou, em última instância, acima do bem e do mal.

4.3 – O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SFP

O Conselho Municipal de Saúde de São Francisco de Paula foi criado pela Lei número 1.504 de 26 de novembro de 1996.

O processo de formação do Conselho Municipal de Saúde de São Francisco de Paula tem um hiato histórico pela absoluta falta de memória que documente com fidedignidade seus primeiros passos. Sua composição até o ano de 2005 nunca respeitou a paridade entre os segmentos que compõem de acordo com a lei federal que cria os conselhos número 8142 de 1990 conforme discorre a Lei de criação do CMS do município.

A paridade do Conselho Municipal de Saúde foi recomposta no ano de 2006 em sua primeira Conferência Municipal de Saúde, a partir daí respeitando os 50% de

usuários, 25% de trabalhadores em saúde e 25% da gestão e prestadores de serviço ao SUS, tais como hospital e laboratórios.

Atualmente ocorre uma Conferência Municipal de Saúde de avaliação bi anual e a macro a cada quatro anos. São eleitos na Conferência de Saúde os Conselheiros de Saúde que observarão mandato até a próxima Conferência. Caso ocorra alguma vacância, o segmento realiza uma assembléia e define o novo representante do segmento.

Durante a Conferência Municipal de Saúde cada segmento se reúne definindo quem são seus candidatos para compor o novo Conselho, caso haja mais de uma chapa inscrita, vai para a votação. Ocorrendo chapa única, a Plenária Final aprova e por eleição escolhe o presidente do CMS. Desde 2006 que o Presidente do Conselho Municipal de Saúde é representante do segmento dos Usuários.

A forma transparente, democrática e plural da construção deste novo CMS em São Francisco de Paula fez com que fosse despertada a cobiça e o desejo pela participação em todos os segmentos que compõem sua estrutura. Este legado iniciado pelo Secretário Luis Bolzan que teve continuidade do autor desta monografia é tão importante quanto todas as políticas de saúde criadas e implementadas no município.

Esta forma de gestão não afeta somente os conselheiros titulares e suplentes do CMS, mas sim toda comunidade que vê a utilidade de um serviço de cidadania instituído democraticamente e fortalecido através da participação popular. Este é o legítimo processo dialético de apropriação dos processos decisórios e participativos de ações que afetam diretamente a vida de cada usuário do SUS.

4.3.1 - Conferências Municipais de saúde

No ano de 2005, mais precisamente no mês de abril, começaram a ser transpostas as barreiras que faziam do Conselho Municipal de Saúde um papel se não figurativo, pelo menos inoperante considerando os aspectos legais e operacionais. Até este ano, primeiro de governo da atual gestão, não havia acontecido nenhuma Conferência Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde sequer obedecia à paridade entre os segmentos que o estruturam.

Do ano de 2005 até o ano de 2011 foram realizadas quatro (04) Conferências Municipais de Saúde com ativa participação da comunidade da área urbana e rural. Considerando que aproximadamente 40% da população do Município se encontra em

área rural, este foi um importante desafio a ser superado, mostrar a importância da efetiva participação aos usuários que se encontram a mais de 150 km da sede do município e que chegam levar quatro horas para deslocamento até a sede da Secretaria Municipal de Saúde, onde o CMS tem uma sala de reuniões.

Consideram-se as Conferências Municipais de Saúde como experiências exitosas em Gestão Participativa, Controle Social e Cidadania, haja vista que sua preparação envolve uma comunidade de aproximadamente 22 mil habitantes distribuídos em uma área territorial superior a 3.300 km quadrados e com mais de três mil quilômetros de estradas de chão.

Sabe-se que as Conferências Municipais, Estadual e a própria Nacional devem ser realizadas obrigatoriamente no período de quatro anos. Entretanto, quando observa-se a memória e registros do Controle Social, verifica-se que esta dita “obrigação” entendida por lei e resoluções necessitou, muitas vezes, de intervenções do Controle Social do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Estadual de Saúde (CES) e do Ministério Público (MP).

Exige-se do controle social participação ativa na organização e concepção das Conferências de Saúde. A forma de construção que vai desde a concepção do regimento interno que deve ser lido e aprovado em plenária até as mesas de discussão sobre temas atinentes da comunidade de acordo com a esfera de realização da mesma. O conteúdo deve ser pensado nas reuniões ordinárias ou extraordinárias do CMS de acordo ou não com a temática nacional sugerida.

Existe a necessidade de discutir a temática nacional além dos temas regionais, porque as propostas apresentadas e votadas nas plenárias finais das conferências municipais e estaduais de saúde somente são enviadas para a Conferência Nacional de Saúde as consideradas de abrangência nacional para serem apreciadas e votadas na conseqüente plenária final. Não se deve abandonar a discussão de temas locais ou regionais, mas não pode esquecer que a política de saúde para ser efetiva e obter financiamento tem que ser considerada uma política de saúde que interfira positivamente para todos os brasileiros, não esquecendo as políticas setoriais de saúde como a indígena, fator amazônico e saúde nas regiões da fronteira.

São Francisco de Paula é um município localizado nos Campos de Cima da Serra do Rio Grande do Sul, distante a 110 km da capital Porto Alegre. Apresenta

população mestiça não observando predomínio de colonização de países europeus ou asiáticos, mas sim uma bela miscigenação de todas as culturas.

A realização de uma Conferência Municipal de Saúde dentro de um município que tem mais de 3.000 km de estradas de chão batido, que faz divisa com doze municípios do Rio Grande do Sul e mais um de Santa Catarina torna-se semelhante ao que acontece nas comunidades ribeirinhas na região norte do País. Nestas regiões, os profissionais da saúde costumam utilizar uma lancha voadora para vacinar as pessoas destes locais.

No ano de 2010 foram realizadas 11 pré-conferências de saúde na área rural do Município e mais quatro na área urbana, culminando com a grande Conferência Municipal de Saúde. Esta, pela primeira vez na história de São Francisco de Paula foi realizada em dois dias, com hospedagem e alimentação para todos os delegados, observadores e participantes daquela que foi a 3ª Conferência Municipal de Saúde. Todo o processo das pré-conferências que culminou na Conferência Municipal de Saúde, envolveu intensamente Usuários, Trabalhadores, Gestão e Prestadores num período superior a dois meses.

É importante salientar que em todas as pré-conferências tanto na área rural e urbana eram deslocados através de transporte cedido pela Secretaria Municipal de Saúde pelo menos um usuário, gestor e trabalhador para discutir os temas relevantes a serem tratados na Conferência Municipal, temas discutidos e aprovados em reuniões do CMS. Observou-se a paridade desde as pré-conferências até a Conferência propriamente dita e realizada.

Consideramos três pré-conferências emblemáticas, em localidades que ficam a aproximadamente 150 km da sede do município que foi a de Cazuzza Ferreira, Pedra Lisa e Campestre do Tigre, onde nenhuma delas baixou de 50 participantes.

Nestas três, devido à distância, o gestor municipal, um trabalhador e um usuário se deslocaram e pernoveram na casa de usuários que ofereceram seus aposentos para que fosse possível realizar as pré-conferências. Devido às localidades mais distantes, realizou-se a Conferência Municipal em dois dias. Este fato teve como objetivo fortalecer o controle social, oferecer condições, conforto e estrutura para que fosse possível realizar discussões com qualidade e seriedade com que se deve pensar e agir dentro do contexto da saúde pública e da sociedade como um todo como sendo um processo dialético da construção da cidadania.

Na conferência foram convidados para palestrar o Professor Elias Antônio Jorge que impossibilitado na época enviou um funcionário muito capaz e com linguagem inteligível abordou financiamento público no SUS. Outro palestrante que se fez presente foi o então Diretor do DENASUS na época, Luiz Bolzan.

Este, por sua vez discutiu sobre Política de Saúde na Seguridade Social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade fazendo um link importante com São Francisco de Paula haja vista ter estado como Secretário de Saúde por mais de três anos no município. Também foi abordado o tema da cultura da paz e não violência por uma Psicóloga do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRP – RS).

Principalmente os usuários que nunca antes tiveram acesso à linguagem do financiamento e organicidade do mesmo, do SUS como um todo, função do DENASUS e discussão da cidadania através da cultura da paz e não violência foi uma experiência dita como memorável, indescritível e inefáveis verbalizações surgidas na plenária final, muitas delas entregues através de bilhetes e outras tantas através de manifestação oral.

Durante a conferência, discutiu-se e avaliou-se a saúde do município em consonância com o PPA, e, principalmente, foi firmado os pilares de construção para a LDO e LO do orçamento de 2011. Todas as decisões sobre investimentos, gastos e pactuações passam obrigatoriamente pelo conselho.

A forma de conduzir e discutir o Controle Social fez despertar interesse forte de participação dos usuários e trabalhadores, também da gestão e prestadores, fato que se manifestou na disputa democrática para composição do Conselho, ato definido na plenária final da Conferência.

Uma das resoluções mais importantes e inclusivas desta que foi a 4ª Conferência, foi a inserção de temas transversais vinculados ao cotidiano nos conteúdos da rede escolar municipal, ficou definido o ano de 2011 para capacitar os professores e escolher uma escola como piloto para discutir o conteúdo de políticas públicas em saúde.

Com certeza este é um fator importante que aponta para o protagonismo do CMS, sendo colocado como um grande desafio, pois não é uma obra ou ação que aparece visível aos olhos do incauto observador.

Foi também nesta conferência que se tirou as prioridades no que tange construção de novas UBS na área rural e urbana. Saliento que duas já estão concluídas e a terceira foi inaugurada no mês de dezembro de 2011. Por indicação do próprio gestor, a temática de construção de novas UBS na área rural e reformas e ampliações na área urbana ficaram definidos como pautas permanentes das reuniões ordinárias do CMS, conferindo transparência e co gestão a todos conselheiros em assunto tão importante para a rede de assistência em saúde.

Outras duas provavelmente entrarão em processo licitatório no ano de 2012. A parceria e afinidade sempre respeitando o pensar diferente dos atores envolvidos é tamanha, que também passa pelo conselho municipal de saúde qualquer reforma, melhoria ou ampliação do hospital do município que é filantrópico, até porque existe recurso público aportado no hospital.

O conselho e a conferência também apontaram para uma rede de urgência e emergência no município. Hoje o Município tem instalado a tele medicina por videoconferência (foi o primeiro município do Estado a instalar num lote de 30 candidatos) na área de cardiologia, juntamente com a SAMU que foi pactuada e aprovada nas instâncias do Controle Social Municipal e Estadual.

4.3.2 - Principais ações do Conselho Municipal de Saúde

O único relato existente anterior a 2005 é sobre a compra de um ônibus para atendimento médico e odontológico na área rural do Município. O Prefeito da época utilizou recurso vinculado que não poderia para efetuar a compra e ainda, segundo relatos, comprou um ônibus usado acima do valor de mercado.

O resultado prático foi uma denúncia movida por dois médicos conselheiros do CMS a época, o que resultou em processo junto ao tribunal de contas e na justiça para o prefeito da época. O registro mais atual encontrado é o que aponta a devolução dos recursos aplicados indevidamente à época considerando juros e correção monetária para a conta da Prefeitura de São Francisco de Paula.

Em outra decisão importante, o Conselho Municipal de Saúde apoiou um pleito importante da gestão. Após a execução de 18 módulos sanitários com recurso do extinto programa Prosan ²do Estado do Rio Grande do Sul, a obra não ficou de acordo

² Considerado uma Política de Saneamento Básico, o PROSAN - tinha a finalidade de dotar as comunidades de infraestrutura capaz de garantir a saúde da população através da construção de módulos sanitários para famílias de baixa renda e vulnerabilidade social. (Do autor)

com o solicitado na licitação e memorial descritivo da obra, faltavam desde forrinho, piso cerâmico, a tomadas, vaso sanitário e chuveiro.

Respaldo por esta decisão, o gestor da saúde na época indicou o não pagamento da obra que não foi realizada de acordo com o projeto original. A empresa não recebeu e ainda foi indicado que ela não participasse mais de licitações no município por um período de cinco anos. Também foi reconhecido a época se tivesse algum valor para a empresa receber, teria que ser discutido judicialmente, segundo decisão do próprio CMS.

Aprovou a adesão a programas importantes como ESF, SAMU, Rede Cegonha, Tele Medicina por videoconferência na área de cardiologia, remodelação e adequação da rede básica de saúde referente à construção de novas unidades de saúde na área urbana e rural assim como ampliações e adequações. Aprovou a política de Saúde Mental e criação dos leitos de álcool e outras drogas e psiquiátricos estabelecendo desta forma uma política antes inexistente.

Pode-se afirmar que todas as aquisições, desde carros até as Unidades de Saúde que foram três nos últimos sete anos, implementação de políticas de atenção à saúde de todos os níveis e gêneros, tiveram papel de discussão, formatação e aprovação no Conselho Municipal de Saúde.

Pela primeira vez na história do Município, Conselheiros participaram da Conferência Regional e Estadual de Saúde Mental e da Conferência Estadual de Saúde, esta última no segundo semestre de 2011 no município de Tramandai/RS. Isto aponta para uma mudança de postura na construção das políticas públicas no Município de São Francisco de Paula.

4.3.3 - Principais entraves à atuação do Conselho Municipal de Saúde

Os entraves ainda existentes dizem respeito principalmente à locomoção dos Conselheiros de Saúde da área rural até a sede do Município, local onde acontecem as reuniões ordinárias e extraordinárias. Apesar de ter o Fundo Municipal de Saúde com CNPJ próprio, o executivo ainda não conseguiu criar uma lei que autorize a restituição dos valores gastos para Conselheiros em atividades oficiais. Não existe um valor de diária paga para locomoção e despesas de alimentação.

Quanto aos cursos de capacitação, o executivo consegue viabilizar através dos recursos da educação permanente e atenção básica em saúde.

Dentre as dificuldades para a efetivação do controle social, sua popularização e maior capilaridade, residem aspectos como linguagem pouco inteligível das planilhas orçamentárias e financeiras, de difícil compreensão até para técnicos da área administrativa e contábil. O controle social tem a missão de popularizar a linguagem das leis e recursos aplicados, não é fazer relatórios e leis somente para quem milita através de anos no movimento, mas que as informações cheguem ao cidadão comum como forma de estimular maior participação.

Outro problema observado nos Conselhos de Saúde em todas as esferas de governo diz respeito ao poder de oxigenação e renovação de seus membros. Num espaço onde o maior poder é o acesso à informação e o uso que se faz da mesma, se observa movimentos de usuários, gestores, trabalhadores e prestadores com resistência muito grande de provocar a salutar e necessária rotatividade dos componentes.

Estes dois aspectos aliados à falta de sensibilidade política de muitos gestores em saúde no quesito importância de ter um controle social fortalecido, formam um escopo de entraves para uma atuação sólida, consistente e politizada dos Conselhos. Não tendo apoio do Poder Executivo fica inexecutável ações rotineiras de reuniões do conselho, locomoção, espaço para reuniões e o mais grave, a impossibilidade de participar das Conferências Estadual e Nacional.

Estas dificuldades não são observadas em São Francisco de Paula onde num período de sete anos foram realizadas quatro Conferências Municipais de Saúde, uma Conferência Macro Regional de Saúde Mental e restabelecido a paridade do CMS conforme a Lei 8.142/1990 onde foi observado maior participação e interesse da comunidade da área rural, organizando-se de tal forma que dificilmente faltam tanto às reuniões ordinárias ou extraordinárias do CMS. Se considerarmos as distâncias geográficas que percorrem, levando até cinco horas entre a saída de suas casas a chegada ao local de reunião, este entrave é superado pela consciência de civilização e cidadanias que seus membros demonstram.

4.3.4 - Principais conquistas a partir da atuação do Conselho Municipal de Saúde

Pode-se dizer que as principais ações desenvolvidas pelo CMS formaram o lastro necessário para as principais conquistas do Controle Social. A atuação constante e intransigente pela transparência das ações do executivo na aplicação dos recursos no setor saúde fez com que muitas obras e políticas fossem implantadas, estas com a assinatura incorporada do Conselho Municipal de Saúde.

A primeira conquista importante foi o estabelecimento da paridade dos segmentos que compõem o CMS. Este foi o resultado prático alcançado no primeiro ano como Secretario de Saúde de Luis Bolzan. A partir deste momento foi criada uma base importante para o começo das construções de políticas em saúde voltada para a atenção básica, promoção em saúde, a proteção e recuperação, saindo de foco o assistencialismo antes observado segundo relatos de pessoas da comunidade.

A inserção política sanitária do CMS no cenário do poder Executivo desencadeou a efetivação e construção de outros Conselhos com poder deliberativo e de fiscalização em diferentes áreas. Esta construção não é uma obra ou aquisição pontual de algum serviço ou bem, é um indicador da consolidação dialética do processo cidadão.

4.4 - Efetividade das ações do Conselho Municipal de Saúde

Pelo conjunto das ações e proposições desenvolvidas, acredita-se que o CMS de São Francisco de Paula vem efetivamente exercendo o Controle Social sobre as ações e serviços do Executivo e das Instituições que recebem recurso público como o Hospital de São Francisco de Paula. Prova disto é que a Direção do Hospital solicitou aumento do repasse financeiro do Executivo que era da ordem de R\$ 100.000,00 para R\$ 120.000,00 sem que fossem agregados serviços novos. O Conselho reprovou e autorizou somente o aumento baseado em índices oficial de 7%.

Foi definido pelo CMS, como pauta permanente de suas reuniões ordinárias, a construção das UBSs na área rural e reforma e ampliações das Unidades de Saúde na área urbana do município. Considerando que existia uma defasagem imediata de seis unidades e três foram entregues em três anos, 50% da meta alcançada considerando os poucos recursos financeiros que o Município arrecada, a meta foi bem desenvolvida. Ainda mais se observar que das outras três, duas já estão com recursos depositados na Caixa Econômica Federal e outra com Emenda parlamentar definida, o trabalho do Conselho foi sim alcançado neste quesito.

A definição de uma Política de Saúde Mental antes inexistente e hoje bem formatada foi outro grande avanço discutido e aprovado nas reuniões do Conselho. Observa-se a importância desta política de saúde quando São Francisco de Paula apresentava em média 09 suicídios por ano, sendo que em ano posterior a implantação da política chegou a zerar a ocorrência e no ano seguinte teve uma somente. A rede de Saúde Mental formada pelo CAPS e o Hospital dando retaguarda nos 13 leitos de álcool e outras drogas mais os leitos psiquiátricos atendeu a demanda de seus municípios e também de outros, haja vista estar na regulação do Estado e já ter recebido usuários inclusive do Município de Alegrete.

A formatação da rede de urgência e emergência também foi pauta constante do CMS até sua aprovação, isto possibilitou que as mortes por acidentes de grande trauma ou por doenças cardíacas diminuíssem consideravelmente pelo fato de ter uma rede de atenção pensada para estas situações.

Um dos aspectos mais importantes foi a drástica redução na mortalidade infantil, aonde chegou a alcançar nove óbitos por ano, no ano de 2011 alcançou três óbitos todos por causas não evitáveis, pois diziam respeito a má formação congênita dos fetos. Isto se deve a uma política firme de atenção especial aos usuários de saúde da área rural e a toda rede de serviços implementados no Município.

E nos aspectos citados o Conselho Municipal de Saúde participou desde o processo de elaboração através do PPA, execução e fiscalização dos serviços no que tange os recursos financeiros, compra de material permanente e obras que aconteceram neste período.

4.5 – Percepções dos conselheiros do CMS sobre o papel, importância e protagonismo do mesmo no Município de São Francisco de Paula

Os questionários aplicados foram avaliados através de análise qualitativa sobre o nível de conhecimento e inserção social de cada entrevistado sobre questões atinentes ao Controle Social.

Em relação à serventia do conselho municipal de saúde, a totalidade dos entrevistados reconheceu a sua legitimidade, importância e conhecimento do propósito que o CMS tem enquanto organização da sociedade civil organizada totalizando 100% das respostas, conferindo legitimidade ao papel exercido por cada Conselheiro em relação ao segmento que representam e da importância que tem o resultado prático de suas militâncias enquanto agentes de cidadania.

Este dado é confirmado com o alto percentual de resposta, oito de um total de dez, quando questionados sobre a participação da comunidade no CMS. Este percentual aponta para a importância da participação do CMS na comunidade.

Pensando na capacidade de ensimesmar-se, oitenta por cento realizou auto crítica sobre as condições internas de cada um no que tange estarem preparados a participarem do CMS. Esta consciência de si mesmo faz com que o debate seja aprofundado sobre a temática pertinente a saúde de São Francisco de Paula apontando para uma política de capacitação e educação através das Conferências de Saúde com resultado social efetivo, considerando a fiscalização e deliberação como representação do exercício da cidadania.

Ao mesmo que uma análise crítica faz com que os Entrevistados sintam-se aptos a participarem do CMS, percentual de noventa por cento consideram a qualificação técnica e política condição *sine qua non* para que o objetivo do controle social seja efetivo e qualificado. Pode-se inferir que não imputam ao CMS um simples espaço de ocupação de lugares, mas sim de representação de subjetividades simbólicas que somadas aos segmentos externam suas idiosincrasias, construindo assim a força e legitimidade do movimento.

Os movimentos apresentam processos constitutivos que lhes outorgam organicidade e legitimidade. Referindo-se aos processos de sufrágio na escolha dos conselheiros, índice de noventa por cento demonstra conhecimento de como ocorrem referido processo. Índice alto aponta para um objetivo do pesquisador alcançado no que tange a capilaridade, disseminação da informação e democratização do acesso na plenitude de sua realização. Ao mesmo tempo em que não forma todos que participaram dos processos das pré conferências, aos que não tiveram esta oportunidade demonstraram interesse em acessar a informação de como acontecem os processos de discussão, oferecendo mais uma vez legitimidade as suas atuações.

O índice de cem por cento das respostas afirmativas quando questionados sobre a participação de uma Conferência Municipal de Saúde aponta para o sucesso de um modelo de gestão voltado para a inclusão social através da participação da sociedade nos fóruns que lhes pertencem enquanto movimento, mas que se não encontram eco no Poder executivo podem acontecer de forma fragmentada, não existir ou, ainda, existir a serviço de propósitos escusos para referendar ações e serviços passíveis de questionamento, conforme exposto nos fatores dificultadores para atuação dos conselhos de saúde.

Em contraste com cinqüenta por cento dos entrevistados demonstraram conhecimento, a respeito do assunto, lançando luz ao processo histórico do CMS onde não eram realizadas Conferências de Saúde foi encontrado um percentual de cem por cento quando questionado sobre período da realização da última conferência municipal de saúde.

Enquanto o percentual de cinqüenta por cento não tem lembrança dos processos históricos do CMS, isto reforça a idéia da educação permanente em saúde e democratização ao acesso não só da informação, mas principalmente dos processos constitutivos que a tornam produto da construção da coletividade que encontra eco na gestão que faz uma de suas marcas a gestão participativa nas decisões que afetam os processos de saúde dos indivíduos.

Todavia o percentual de cem por cento em resposta ao questionamento da realização da última conferência de saúde pode-se afirmar que o processo de participação e democratização atinge seu processo de maturidade. Este dado se respalda no fato de que para ser Conselheiro de Saúde tem que ter participado da última Conferência de Saúde e de seu processo eleitoral afirmado através de sua Plenária Final.

Pensando sobre o fruto do trabalho e importância da militância desenvolvida nas reuniões ordinárias, extraordinárias e conferências de saúde, foi encontrado índice superior a oitenta e cinco por cento de respostas que apontam para o reconhecimento que as pactuações realizadas nestes espaços mudaram sim a perspectiva da comunidade de São Francisco de Paula no que se refere à saúde pública. Desta forma confere-se sentido de apropriação de papéis sobre o que representa o Conselheiro para a comunidade.

Pensando no alcance que instâncias maiores do Controle Social tem que atingir, foi apresentado um percentual de cinqüenta por cento de conhecimento dos entrevistados no que tange conhecimento e o que pensa sobre o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde.

Isto pode apontar para uma falha da gestão em construir informação e conhecimento sobre o papel do CES/RS e do CNS, assim como pode assinalar um distanciamento da esfera nacional e estadual por motivos não pertinentes a este estudo, mas que oferecem reflexo no nível de conhecimento que Conselheiros Municipais têm da estrutura do Controle Social como um todo.

5 - CONCLUSÃO

“O que me interessa não é como as pessoas se movem, mas sim o que as move”. Pina Bausch (1940/2009)

Considerando os dados coletados na presente pesquisa, considerando o autor do trabalho ser um dos atores do processo, considerando as conclusões verificadas como decorrência de experiência presenciada, este trabalho apresenta em sua estrutura aspectos técnicos, teóricos e principalmente de autoreferencialidade. Icle (2011) salienta que:

É por isso que a pesquisa que se orienta nos Estudos de Presença tem origem e encontra termo nas atividades artístico-investigativas. Por isso, as pesquisas em Estudos da Presença possuem – em sua maioria – um caráter auto referente, pois elas começam na análise e reflexão do trabalho artístico do próprio pesquisador – sem que isso seja um impeditivo para uma suposta objetividade científica a ser perseguida -, ainda que essa modalidade, a de pesquisar a si mesmo, não seja a única possibilidade para aqueles que obram em torno dos Estudos de Presença”. (Icle, Gilberto, 2011, p.12).

Através do presente estudo podemos concluir que as estruturas criadas pela Secretaria de Saúde oportunizaram uma melhor execução das ações e serviços em saúde, conferindo mobilidade e alcance significativo na vasta extensão territorial de São Francisco de Paula. Desta forma possibilitou acesso dos usuários do SUS no que tange a atenção básica em saúde, serviços de média complexidade, como a tele medicina na área de cardiologia, SAMU e a rede de saúde mental.

Porem o sub financiamento de muitos programas e serviços em face das demandas cada vez maiores pelo acesso aos serviços de saúde por parte dos usuários, a necessidade de profissionais qualificados em consonância com os novos programas de saúde pública criaram uma relação conflituosa no que tange a capacidade de dar respostas na velocidade e intensidade da situação valetudinária que se encontram as pessoas que buscam assistência e na capacidade do poder executivo de ampliar as políticas de educação permanente em saúde visando principalmente à promoção e recuperação no intuito de prevenir, ficando desta forma intrincado absorver, regular e prestar assistência qualificada aos usuários.

Seria ousado afirmar que estas transformações e avanços não teriam acontecido sem a presença do CMS, todavia o exercício da construção da democracia não nos apresenta mais espaço para autocracia e decisões em gabinete. Cada vez mais precisamos alicerçar o trabalho da gestão pública em decisões colegiadas e com participação popular.

Após leitura, análise aliado com a prática no que tange a legislação, percebe-se que ela outorga aos Conselhos de Saúde o poder deliberativo e de fiscalização, possibilitando desta forma a realização de ações que efetivamente atendam a necessidade de saúde dos Usuários do SUS através e em conjunto a gestão pública. Mas esta outorga não seria possível na medida em que não encontrasse escuta qualificada por parte do Executivo entendendo o CMS como parte de um sistema complexo e universal que visa aperfeiçoar, fiscalizar e deliberar sobre os recursos públicos investidos nas saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de São Francisco de Paula não apresenta registros documentais e oficiais desde sua fundação até o ano de 2005, iniciando a partir deste ano um processo de transformação, capacitação e qualificação importantes para a consolidação de sua estrutura orgânica, política e institucional.

Porem a maior ação de transformação foi a realização das Conferencias Municipais de Saúde amplamente divulgadas e com ativa participação da comunidade da área urbana e rural. Sendo hoje visto de forma transparente, democrático e plural o CMS despertou a cobiça e o desejo pela participação em todos os segmentos que compõem sua estrutura organizativa.

Neste contexto atuante a partir de sua qualificação e em função do caminho trilhado, o CMS, aprovou a adesão a programas importantes como a política de Saúde Mental, execução de recursos em todas as área e setores da saúde, acompanhou e fiscalizou desde a elaboração até a prestação de contas de diversos projetos, além da implementação de políticas de atenção a saúde de todos os níveis de complexidade e gênero.

Indubitavelmente ações e serviços de saúde teriam acontecido no Município de São Francisco de Paula independentemente da atuação do Conselho Municipal de Saúde. Mas de forma incontestável pode-se afirmar que as mesmas ações não teriam a legitimidade outorgada com ausência da gestão colegiada e participativa do CMS.

Desta forma se constituiu o protagonismo do Conselho Municipal de Saúde de São Francisco de Paula, certificando a legitimação e autenticação através da efetiva participação da comunidade, exemplo prático e efetivo do exercício da democracia e cidadania.

Tiveram e tem a gestão da saúde em São Francisco de Paula Gestores oriundos do Controle Social que possibilitaram que as principais ações desenvolvidas pelo CMS formaram o lastro necessário para as principais conquistas do Controle Social. Mas este é o dever constitucional de quem é escolhido pelo livre exercício do voto para bem representar os cidadãos e, mais uma vez, cabe ao Controle Social fiscalizar através de seu protagonismo intrínseco todas as ações e serviços que constituem o escopo da garantia constitucional do direito universal de acesso à Saúde Pública digna e de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvares, M. C. CONTROLE SOCIAL – notas em torno de uma noção polêmica. São Paulo em perspectiva, 18 (1): 168-176, 2004.

AROUCA, S. Reforma Sanitária. 1998. Disponível em: <http://www.ministeriodasaude.gov.br>. Acesso em 12 de maio de 2012.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2003.

Brasil – Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://senado.gov.br/sf/legislação/const/con1988/CON1988_05.10.1988.htm.

Brasil. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação Social. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1991.

BRASIL. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

Brasil. Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde / Tribunal de Contas da União. – Brasília: TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010. 127 p.: Il.

CORREIA, M.V.C. Controle Social. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

CORREIA, M. V. C.. O Controle Social, PROTAGONISMO DAS CLASSES SUBALTERNAS E O SERVIÇO SOCIAL. Revista do Sindicato de Assistentes Sociais de Alagoas - SASEAL, Maceió, p. 12 - 25, 25 maio 2009.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: _____. *Conversações, 1972-1990*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p. 219-226.

DURKHEIM, É. As regras do método sociológico. In: _____. *Durkheim*. São Paulo: Abril Cultural, 1978. P. 71-161. (Coleção Os Pensadores).

FERNANDES, Rubem César. Elos de uma cidadania planetária. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais, ANPOCS, SP. 1995*.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1986.

FOUCAULT, (1997, P. 173) [http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/opombo/hfe/momentos/sociedade %20disciplinar/Sociedade%disciplinar.htm](http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/opombo/hfe/momentos/sociedade%20disciplinar/Sociedade%disciplinar.htm) – Link acessado em 13 de maio de 2012.

Fundação Oswaldo Cruz. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> - link acessado em 12 de maio de 2012.

<http://educacao.uol.com.br/sociologia/control-social.jhtm> - Link acessado em 14 de maio de 2012.

<http://forumdefesadosusmg.blogspot.com.br/p/entidades.html> - Link acessado em 12 de maio de 2012.

[http://www.idisa.org.br/site/documento_3483_0__encruzilhada no rumo do SUS: consideracoes.html](http://www.idisa.org.br/site/documento_3483_0__encruzilhada_no_rumo_do_SUS_consideracoes.html). Acesso em 12 de maio de 2012.

<http://www.mpes.gov.br/anexos/conteudo/207715537592006.pdf> - Link acessado em 11 de maio de 2012.

<http://www.regulacao.gov.br/publicacoes/artigos/control-social-e-a-transparencia-da-administracao-publica-brasileira> - Link acessado em 12 de maio de 2012.

<http://www.senado.gov.br/comissoes/CAS/SimpSaude.pdf> - Jornada de Economia da Saúde

IV Ciclo de Debates – 09.06.05 DES / SCTIE / MS. Apresentação de Nelson R. dos Santos. Link acessado em 12 de maio de 2012.

Mannheim, K. Sociologia Sistemática: uma introdução ao estudo de sociologia. 2. Ed. São Paulo: Pioneira, 1971.

MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, B. . A sociologia e a saúde: caminhos cruzados. In: Paulo Henrique Martins; Breno Fontes. (Org.). Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. 01 ed. Recife: Editora da UFPE, 2004, v. 1, p. 9-16.

Menegas, Danúbia Pinto. Abordagem sobre manejo de pragas na produção agrícola do Rincão dos Kroeff, São Francisco de Paula, RS. Menegas, Danúbia Pinto. UERGS, 2010.

MOREIRA, M. R. Democratização da Política de Saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde. Tese de doutorado em Saúde pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

MOTTER, F. R. Conhecimento Sobre Hipertensão Arterial Sistêmica E Sua Farmacoterapia Em Portadores Usuários Da Farmácia Básica Do Município De São Francisco De Paula, RS. 2011. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva)-UNISINOS, São Leopoldo, 2011.

O SUS DE A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde – 3. Ed – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Referência: Redes Sociais e Saúde (2008). Recife: UFPE. A SOCIOLOGIA E A SAÚDE – CAMINHOS CRUZADOS – Link acessado em 30 de abril de 2012 apud Martins, P. H. (2003) Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas, Petrópolis, Editora Vozes.

RICHTER, M. (org) Conservação da Biodiversidade e Desenvolvimento Sustentável de São Francisco de Paula. Um plano de ação preliminar. Porto Alegre: Editora da PUCRS, 1998. 106 p.

Rios, J. A. Participação. In: SILVA, B (Coordenador geral). Dicionário de Ciências Sociais. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1987, p. 869-70.

SANTOS, N. R. Ciência e Saúde Coletiva, vol. 13, sup. 2º Rio de Janeiro, Dezembro de 2008. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos.

SANTOS, N. R. Encruzilhada no rumo do SUS: considerações. [S.l.], 2008. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/site/download/ENCRUZILHADA.doc>>. Acesso em:

Sementes do SUS / organizadores: José Eri Medeiros, Cristian Fabiano Guimarães — Sapucaia do Sul: IBSaúde, 2007. 269 p. (Técnica, 2).

Sementes do SUS — GUIMARÃES C. F., SILVA A. C., PALUDO G., GALLIO H. C. & BARBOSA M. R. M. - A PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DE PAULA – apud MELLO, MELLO, KOHN e al., 2007, p. 65 Sapucaia do Sul: IBSaúde, 2007. 269 p.