

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa

Conhecimento em Gestão Participativa

Relatório e Pesquisas

Série C. Projetos, Programas e Relatórios



Brasília – DF
2007

© 2007 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1ª edição – 2007 – 8.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Apoio à Gestão Participativa

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 4º andar, sala 419

70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-3616 / 3594

Fax: (61)3315-3625 / 3322-8377

E-mail: gestaoparticipativa@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br>

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Karla Gentil

Revisão: Mara Soares Pamplona e Paulo Henrique de Castro

Capa, projeto gráfico e diagramação: Alisson Albuquerque

Organização:

Departamento de Apoio à Gestão Participativa/DAGEP

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

Conhecimento em gestão participativa : relatório e pesquisas / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

92 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 978-85-334-1435-8

1. Política de Saúde. 2. Políticas de Controle Social. 3. Conselhos de Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 525-546

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0930

Títulos para indexação:

Em inglês: Participative Administration Knowledge: report and research

Em espanhol: Conocimiento en Gestión Participativa: informes e investigaciones

Sumário

Lista de gráficos, quadros e tabelas 5

Apresentação 9

- 1 Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde 11
 - 1.1 Introdução 11
 - 1.2 Justificativa 12
 - 1.3 Objetivos 13
 - 1.4 Metodologia 14
 - 1.5 Resultados 17
 - 1.5.1 Características sociodemográficas 17
 - 1.5.1.1 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde por sexo 17
 - 1.5.1.2 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde por cor/raça 19
 - 1.5.1.3 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde por faixa etária 23
 - 1.5.1.4 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde por nível de escolaridade 24
 - 1.5.1.5 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde segundo a formação em saúde 28
 - 1.5.1.6 Distribuição das ocupações dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde por tipo de ocupação 30
 - 1.5.2 Utilização dos serviços de saúde 33
 - 1.5.2.1 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde segundo a utilização dos serviços de saúde 33
 - 1.5.2.2 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde que possuem ou não plano de saúde 34
 - 1.5.3 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde segundo a participação em conselhos e conferências anteriores 37
 - 1.6 Conclusão da Pesquisa do Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde 39
- 2 Organização de uma Rede de Observatórios de Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde 41
 - 2.1 Introdução 41
 - 2.2 Objetivos 45

2.3	Metodologia	45
2.3.1	Localização dos observatórios e dos municípios estudados	46
2.3.2	Variáveis e componentes	47
2.3.3	Instrumentos	49
2.3.4	Fontes de informação	49
2.3.5	Operacionalização	49
2.3.6	Análise do material	50
2.4	Instrumentos	50
2.4.1	Conselho Municipal de Saúde e Conselho Estadual de Saúde	51
2.4.2	Poder Legislativo	53
2.5	Análise consolidada dos resultados	53
2.5.1	Conselhos Municipais de Saúde	54
2.5.2	Conselhos Estaduais de Saúde	56
2.5.3	Poder Legislativo	58
2.6	Conclusões	60
3	(Re)Visitando as Últimas Conferências Nacionais de Saúde	63
3.1	Introdução	63
3.2	Para uma releitura dos relatórios das últimas Conferências Nacionais de Saúde: posicionamentos metodológicos	64
3.3	Uma visão geral dos Relatórios da 8ª, 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde	66
3.4	A visão ampliada de saúde	67
3.4.1	Da visão ampliada de saúde à intersectorialidade	69
3.5	Da participação ao controle social	71
3.6	Sobre a organização dos serviços de saúde	75
3.6.1	Sobre o acesso	75
3.6.2	Sobre a qualidade dos serviços	76
3.6.3	Modelos de organização	77
3.6.4	Atenção básica	77
3.6.5	Políticas específicas	78
3.7	Descentralização	79
3.8	Conclusão	83
	Referências	85
	Equipes Técnicas das Pesquisas	89

Lista de gráficos, quadros e tabelas

Gráficos

- Gráfico 1** – Distribuição dos delegados da amostra da 12ª Conferência segundo o segmento – 2003 15
- Gráfico 2** – Distribuição dos delegados da amostra da 12ª Conferência segundo a região geográfica – 2003 16
- Gráfico 3** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo o sexo – 2003 17
- Gráfico 4** – Distribuição dos delegados eleitos da 12ª Conferência segundo a cor/raça – 2003 20
- Gráfico 5** – Distribuição dos delegados eleitos da 12ª Conferência, por sexo, segundo a raça – 2003 20
- Gráfico 6** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a faixa etária – 2003 23
- Gráfico 7** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por sexo, segundo a faixa etária – 2003 23
- Gráfico 8** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a escolaridade – 2003 25
- Gráfico 9** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência por nível de escolaridade, por segmento 26
- Gráfico 10** – Distribuição dos delegados eleitos da 12ª Conferência segundo a formação em saúde – 2003 29
- Gráfico 11** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência com formação em saúde, por segmento – 2003 29
- Gráfico 12** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a ocupação principal – 2003 31
- Gráfico 13** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo o local da ocupação principal – 2003 31
- Gráfico 14** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo o setor da ocupação principal – 2003 31
- Gráfico 15** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo o último serviço de saúde utilizado – 2003 33

- Gráfico 16** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo o último serviço de saúde utilizado 34
- Gráfico 17** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a associação a plano de saúde – 2003 34
- Gráfico 18** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a associação a plano de saúde – 2003 35
- Gráfico 19** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por região geográfica, segundo o último serviço de saúde utilizado – 2003 36
- Gráfico 20** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por região geográfica, segundo a associação a plano de saúde 37
- Gráfico 21** – Primeira vez que participaram de uma Conferência Nacional de Saúde 37
- Gráfico 22** – Distribuição dos delegados eleitos da 12ª Conferência segundo a participação em outras Conferências Nacionais de Saúde – 2003 38
- Gráfico 23** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a participação em Conselhos de Saúde – 2003 39

Quadros

- Quadro 1** – Perfil dos delegados 14
- Quadro 2** – Número de municípios selecionados segundo estado e região 46
- Quadro 3** – Módulos e padrões 53
- Quadro 4** – Número de padrões e subpadrões 53

Tabelas

- Tabela 1** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo o sexo – 2003 18
- Tabela 2** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por região geográfica, segundo o sexo – 2003 18
- Tabela 3** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a região geográfica, o sexo e o segmento – 2003 19
- Tabela 4** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a cor/raça – 2003 21
- Tabela 5** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo o segmento, o sexo e a raça – 2003 21
- Tabela 6** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por região geográfica, segundo a cor/raça – 2003 22
- Tabela 7** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a região geográfica, o sexo e a raça – 2003 22
- Tabela 8** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a faixa etária – 2003 24
- Tabela 9** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por região geográfica, segundo a faixa etária – 2003 24

- Tabela 10** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a escolaridade – 2003 25
- Tabela 11** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a escolaridade – 2003 26
- Tabela 12** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por sexo, segundo a escolaridade – 2003 27
- Tabela 13** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por sexo, segundo a escolaridade – 2003 28
- Tabela 14** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a escolaridade e a formação na área da Saúde – 2003 30
- Tabela 15** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a ocupação principal – 2003 32
- Tabela 16** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo o setor da ocupação principal – 2003 32
- Tabela 17** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a faixa etária e a posse ou não de plano de saúde – 2003 35
- Tabela 18** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo o último serviço de saúde utilizado e a posse ou não de plano de saúde – 2003 36
- Tabela 19** – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a faixa etária e a primeira participação em uma Conferência Nacional de Saúde – 2003 38

Apresentação

Vivemos, após 17 anos da institucionalização do Sistema Único de Saúde, um momento muito rico para todos nós implicados na concretização do direito à saúde e com a afirmação dos princípios do SUS.

É o momento de refletirmos sobre os avanços e as conquistas que alcançamos, mas também sobre os desafios que nos são apresentados cotidianamente no processo de consolidação do maior sistema de proteção social do mundo. Sistema este que tem como princípios basilares a participação e o controle social e, em seu arcabouço institucional, colegiados de pactuação e consenso como as Comissões Intergestoras.

Atualmente, existem conselhos de saúde em todos os municípios do país, e a realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, com as etapas estaduais e municipais, é a prova cabal do potencial de mobilização da sociedade que a saúde e o SUS suscitam em todos os brasileiros.

Nesses anos, apesar de alguns reveses, ampliou-se a inclusão social de grupos populacionais antes excluídos do processo de participação social; ampliou-se a esfera pública de interlocução entre governo e sociedade civil, no sentido de fortalecer a democracia, e começa-se a vivenciar a gestão participativa no SUS.

Movimentos da sociedade trazem à tona questões que permanecem latentes, como a representatividade dos conselheiros, a gestão e a efetividade do controle social, a relação entre conselheiros e suas bases de legitimidade e gestão. Mas também suscitam novas interrogações sobre as formas de participação dos usuários na gestão do SUS, o significado de controle social ampliado e a relação com os movimentos sociais na perspectiva da gestão compartilhada.

E é nesse sentido que a SGEP inaugura o projeto editorial da série *Construindo a Gestão Participativa*, cujos objetivos são democratizar, ampliar e embasar as discussões sobre a implantação e o fortalecimento da Gestão Participativa no âmbito do SUS.

Esta publicação, que contém a síntese dos relatórios das pesquisas: Revisitando as Conferências Nacionais de Saúde, Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde e Organização de uma Rede de Observatório de Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde, resultou do esforço da SGEP para oferecer, à sociedade e, particularmente, aos atores que participam do campo da saúde, reflexões contextualizadas a respeito da participação e do controle social no SUS.

O Perfil dos Delegados apresenta dados importantes sobre as mudanças ocorridas no perfil das representações da última conferência. Revisitando as Conferências Nacionais de Saúde faz um levantamento das principais deliberações ocorridas no palco dos debates da 8ª, 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde.

O Relatório da Pesquisa de Organização de uma Rede de Observatórios de Gestão Participativa no SUS (Regepar) oferece subsídios importantes para o estabelecimento da citada rede nacional.

É com satisfação, portanto, que apresentamos esta publicação, que representa um esforço da SGEP no sentido de oferecer aos delegados da 13ª Conferência Nacional de Saúde um material de reflexão sobre a participação popular na implementação do Sistema Único de Saúde.

Antônio Alves de Souza

Secretário de Gestão Estratégica e Participativa

1 Perfil dos Delegados da 12^a Conferência Nacional de Saúde

1.1 Introdução

Até o fim da década de 80, a extensão da cidadania se fez mediante a vinculação profissional, e não pelo reconhecimento da condição de membro da comunidade nacional. Havia o estabelecimento de uma cidadania regulada, de caráter parcial e concedida por meio da articulação entre a política de governo e o movimento sindical, estando excluídos da cidadania todos aqueles cuja ocupação a lei desconhecia (CARVALHO, 1999).

A nova institucionalidade do setor Saúde começou a ser desenhada em 1986, por ocasião da 8^a Conferência Nacional de Saúde, onde foram estabelecidos os fundamentos do futuro SUS. Tal Conferência consagrou a saúde como direito universal e como dever do Estado, tendo como fundamento a noção de cidadania (CARVALHO, 1999).

Uma das transformações implementadas pelo SUS foi a criação de um novo desenho político-institucional, que se refere à descentralização e à participação da comunidade (CARVALHO, 1999). Nesse sentido, a criação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, das Conferências e dos Conselhos de Saúde tem um papel fundamental na efetivação das propostas do SUS.

Atualmente, o controle social tem sido alvo de discussões e práticas de diversos segmentos da sociedade com um significado inverso, embora, em Sociologia, a expressão *controle social* tenha sido tratada por diversos autores para designar: (1) os processos de influência da sociedade sobre o indivíduo; (2) ou conjunto de métodos pelo qual a sociedade condiciona o comportamento individual e coletivo; (3) ou, ainda, o controle que o Estado exerce sobre a sociedade por meio de suas instituições com o objetivo de amenizar ou evitar conflitos sociais. Ou seja, a idéia de controle social passa a corresponder a uma moderna compreensão da relação Estado-sociedade, por meio da qual cabe a esta estabelecer práticas de vigilância e controle sobre o Estado (CORREIA, 2000).

No Brasil, desde o processo de democratização iniciado na década de 80, o controle social vem sendo entendido como o controle que a população deve ter sobre o estado, envolvendo a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade. Pressupõe os diferentes segmentos da sociedade

organizada, fiscalizando os diferentes níveis de governo e também as instituições responsáveis pela prestação dos benefícios sociais.

Uma das formas previstas no SUS para a democratização do Sistema de Saúde é a criação de mecanismos de controle social, por meio da participação direta da população na formulação, na gestão e no acompanhamento da política. Essa participação deve se dar, em cada esfera de governo, pela Conferência de Saúde (que tem por finalidades a avaliação da situação de saúde da população e a definição de diretrizes para a política de saúde em seu nível de governo) e pelo Conselho de Saúde (que atua em caráter permanente e deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros).

As Conferências e os Conselhos de Saúde, criados pela Lei n.º 8.142/90, são instrumentos de controle social (COSTA; NORONHA, 2003) que garantem a presença de usuários, em parceria com os trabalhadores de saúde e representantes governamentais, em processos efetivos de formulação de políticas, planejamento e gestão, tanto dos serviços de saúde como dos próprios órgãos governamentais, nas várias esferas de governo (DAL POZ; PINHEIRO, 1997).

Entretanto, é importante ressaltar que esses mecanismos podem ser espaços de participação e controle social na perspectiva de ampliação da democracia, mas, por outro lado, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais (CORREIA, 2000). Para que a gestão participativa ocorra efetivamente, esta pressupõe que os conselhos sejam atuantes e deliberativos e que as conferências dêem ênfase às prioridades locais, estaduais e nacionais, devendo pautar e definir as políticas de saúde que serão implementadas (COSTA; NORONHA, 2003, p. 4). Para tanto, é necessária a existência de sujeitos políticos e sociais dotados de representatividade e de legitimidade, de forma que expressem o auto-reconhecimento e o reconhecimento do outro como portadores de direitos e interesses (COSTA; NORONHA, op. cit.).

É nesse sentido que a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde (SGP/MS), que tem por força política e regimental o compromisso de aprimorar a definição de estratégias para promover e fortalecer a participação popular e o controle social na implementação, na operacionalização, no acompanhamento e na avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), elaborou o projeto Avaliação do Impacto do Controle Social na Formulação e Implementação de Políticas de Saúde.

Este projeto realizou um estudo exploratório para delinear o perfil dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que permitirá identificar necessidades e formular planos e estratégias para o fortalecimento do controle social e da participação popular no SUS.

1.2 Justificativa

O processo de controle social sobre as políticas de saúde no Brasil tem avançado, fortalecendo os conselhos de saúde como atores com poder de interferir nas decisões e nos rumos do Sistema Único de Saúde.

As conferências, concebidas para a formulação das diretrizes para o SUS, têm se sustentado como espaço de resistência e reafirmação dos princípios do SUS. A 12ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Presidente Lula, foi concebida favorecendo a construção ascendente das propostas dos municípios convergindo para os estados e, destes, para a esfera da conferência nacional. O objetivo dessa mudança foi devolver valor político às conferências municipais e estaduais, convertendo-as em instrumento de negociação política entre os diversos atores da gestão do sistema, da gestão da atenção e dos usuários do SUS.

De acordo com Correia (2000):

Mesmo não tendo poder deliberativo, como os conselhos, as conferências de saúde têm legitimidade, mobilizam as entidades e as organizações da sociedade e os trabalhadores da área nos municípios e nos estados, levando-os por meio de um processo de eleição na Conferência Municipal e na Conferência Estadual de Saúde à Conferência Nacional de Saúde.

Essas conferências têm cumprido o papel de divulgadoras de informações sobre a política de saúde entre a sociedade e os trabalhadores da saúde, ao mesmo tempo em que, de certa forma, obrigam os gestores a escutar as avaliações e reclamações feitas pela sociedade sobre os serviços de saúde. Constituem-se em canais democráticos e participativos que, além de abrirem espaço para a avaliação, discussão e proposição, no âmbito local, por quem faz, administra e usa os serviços de saúde, permitem a articulação das questões locais com os determinantes gerais da política de saúde. Congregam forças em torno das propostas e lutas para o enfrentamento dos problemas estruturais e conjunturais do setor.

Entretanto, podemos observar nos estudos e na literatura sobre o controle social um forte predomínio sobre a discussão acerca dos conselhos de saúde e uma escassez de estudos e pesquisas que discutam o tema a partir das conferências de saúde.

O conhecimento sobre o perfil dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde oferece muitas possibilidades para a avaliação do processo de controle social da saúde e do SUS, podendo assim orientar os rumos de uma política pretendida pela Secretaria de Gestão Participativa para o fortalecimento do controle social.

Ainda durante a Conferência Nacional de Saúde, os primeiros resultados levantados foram disponibilizados para a Comissão Organizadora e a imprensa, favorecendo uma compreensão mais ampla dos atores sociais envolvidos no encontro.

O estudo pode contribuir para a discussão de temas como o controle social e a democracia participativa, que, apesar de estarem continuamente em debate, ainda são muito importantes para a transformação das relações de poder, a melhoria das formas de gestão pública e maiores resultados para a vida da população em geral.

Pode também auxiliar os administradores e demais atores sociais na gestão pública da saúde para a construção desse novo padrão de gestão, que inclui o controle social e a participação da população, identificando necessidades e auxiliando a formulação de planos e estratégias que visem ao seu fortalecimento.

1.3 Objetivos

Geral

Conhecer as principais características sociodemográficas e a atuação, referente ao controle social, dos delegados presentes na etapa nacional da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Específicos

- Comparar as características dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde entre as regiões geográficas e entre os segmentos sociais.
- Observar a democratização do controle social da gestão participativa no setor Saúde, a partir da diversificação e da representatividade dos delegados presentes na 12ª Conferência Nacional de Saúde.

- Analisar a participação dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde em conselhos, conferências de saúde e em outros setores de políticas e movimentos sociais.
- Discutir o controle social da saúde e do SUS realizado por meio das conferências de saúde.

1.4 Metodologia

O presente estudo é uma pesquisa exploratória e descritiva e, quanto ao seu objetivo, uma pesquisa social aplicada, por utilizar a metodologia da pesquisa em Ciências Sociais para fins que são práticos. Tratando-se de uma pesquisa social aplicada, “tenta proporcionar conhecimentos para modificar a realidade”.

O universo da pesquisa foi definido como a totalidade dos delegados presentes na etapa nacional da 12ª Conferência Nacional de Saúde que haviam sido eleitos nas Conferências Estaduais. Não foram considerados os delegados indicados por entidades. A unidade de análise que constitui o objeto da pesquisa, portanto, foi o próprio delegado.

Tendo como objetivo geral conhecer suas principais características sociodemográficas e a atuação no controle social, criou-se a categoria de análise *perfil do delegado*, constituída das seguintes dimensões: *características sociodemográficas*, *utilização de serviços de saúde* e *participação social*, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 – Perfil dos delegados

Categoria	Dimensão	Variável
Perfil dos delegados	Características sociodemográficas	Sexo
		Idade
		Cor/raça
		Região geográfica
		Escolaridade
		Formação em saúde
		Ocupação
	Utilização de serviços de saúde	Utilização do SUS ou serviço privado
		Tipo de serviço
		Portador de plano de saúde
	Participação social	Conferências anteriores
		Conselhos de Saúde
		Conselhos de outras áreas
		Entidade de representação

A coleta de dados ocorreu na semana precedente à 12ª Conferência Nacional de Saúde, entre 26 de novembro e 5 de dezembro. Os dados foram obtidos por telefone, seguindo roteiro estruturado, pré-testado pelo referido Centro de Pesquisa. O sistema de referência utilizado para a seleção dos delegados da amostra foi fornecido pelo Datasus em novembro de 2003.

O instrumento foi um questionário fechado, aplicado por segmento e região, no período compreendido entre as Conferências Estaduais e a Nacional. A partir de amostragem probabilística, a pesquisa identifica o perfil dos representantes de cada segmento a partir dos parâmetros populacionais estimados.

O delineamento da amostra baseou-se na estratificação das unidades amostrais, isto é, dos delegados eleitos segundo as regiões geográficas do Brasil e seu segmento de atuação. Foi utilizado para cálculo amostral um nível de confiança de 95% com margem de erro máxima de 5%. O número ótimo de delegados que devem ser investigados foi estimado nessa amostra em 481, para tornar possível que os resultados obtidos da amostra sejam extrapoláveis ao universo estudado.

O percentual de delegados eleitos por segmento de atuação, bem como por regiões demográficas, está representado na amostra em proporção semelhante à que tem no universo, ou seja, respeitando a distribuição de delegados participantes na 12ª Conferência de Saúde, de acordo com o Regimento da Conferência. Isso pode ser visto nos gráficos 1 e 2, a seguir, que comprovam a representatividade da amostra.

Gráfico 1 – Distribuição dos delegados da amostra da 12ª Conferência segundo o segmento – 2003

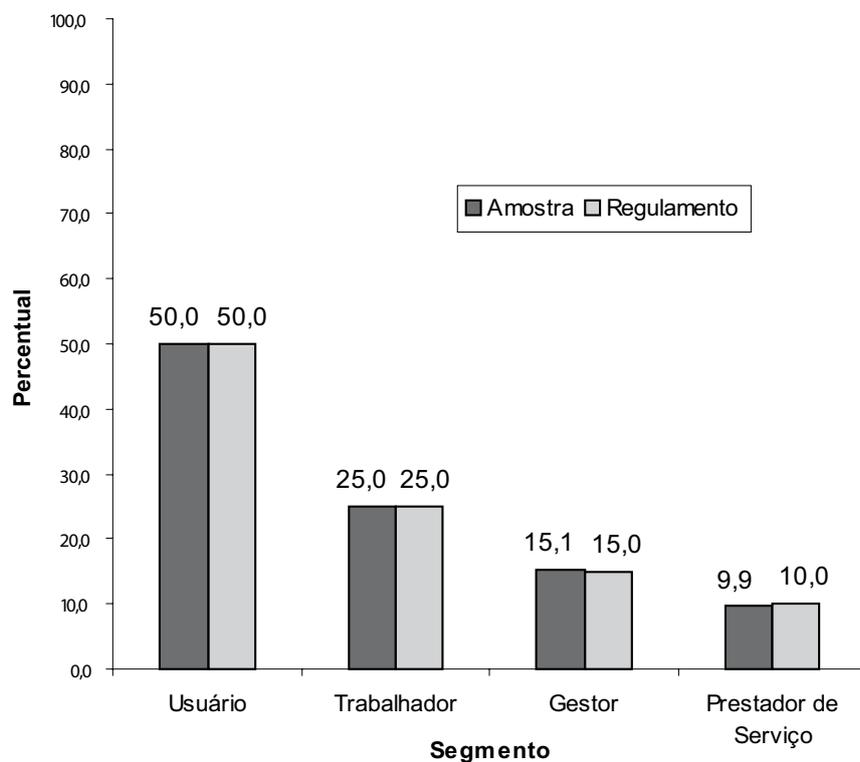
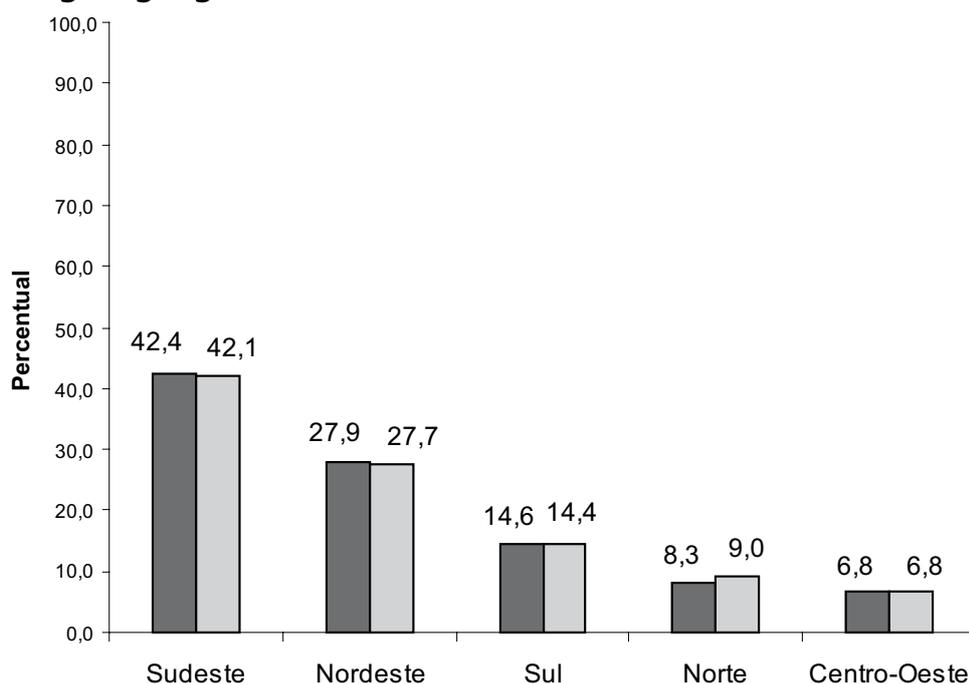


Gráfico 2 – Distribuição dos delegados da amostra da 12ª Conferência segundo a região geográfica – 2003



A análise estatística foi descritiva, a partir do processamento dos dados, com base nos resultados das frequências simples das variáveis e seu percentual e de cruzamentos por região, por segmento e outros considerados relevantes.

A descrição caracteriza o fenômeno que se pretende modificar de acordo com o grupo de categorias descritivas, que constituem um esquema ordenado para a classificação. Não se tratou de uma pesquisa explicativa, já que a explicação pressupõe relações causais entre variáveis.

Além das tabelas por segmento e por região, foi elaborado um plano de análise que considerou os seguintes cruzamentos:

- Sexo *versus* faixa etária
- Sexo *versus* escolaridade
- Sexo *versus* segmento *versus* região
- Sexo *versus* cor/raça
- Sexo *versus* cor/raça *versus* região
- Sexo *versus* cor/raça *versus* segmento
- Sexo *versus* raça *versus* escolaridade
- Local do último atendimento *versus* possui plano de saúde
- Participa pela primeira vez de uma Conferência Nacional de Saúde *versus* segmento *versus* faixa etária
- Faixa etária *versus* possui plano de saúde *versus* segmento
- Escolaridade *versus* formação na área da saúde *versus* segmento

Para a fase de análise foi realizada pesquisa bibliográfica de livros, revistas e periódicos. As informações adquiridas pela pesquisa bibliográfica foram utilizadas como fundamentos teóricos de base para a análise e a interpretação dos dados, assim como de complementação às informações obtidas, para descrever e contextualizar o processo que vem ocorrendo.

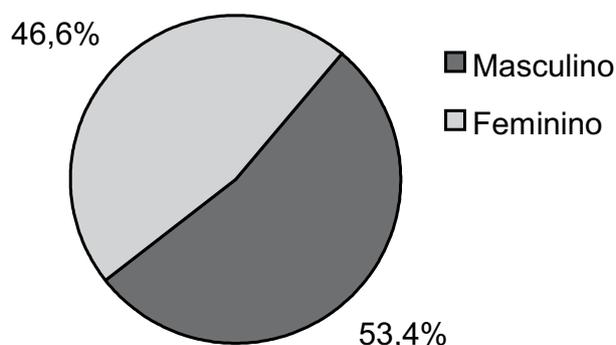
1.5 Resultados

1.5.1 Características sociodemográficas

1.5.1.1 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde por sexo

A distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde por sexo está bem equilibrada. Dos delegados respondentes, 53,4% eram homens e 46,6% eram mulheres (gráfico 3). A proporção de delegados homens foi um pouco maior que a proporção encontrada na população brasileira de 18 a 79 anos, correspondente a 48% homens e 52% mulheres (Fonte: IBGE, Censo 2000).¹ Embora o percentual de mulheres seja menor que o dos homens, diferente da distribuição da população brasileira, em que o contingente de mulheres é maior. O fato de que quase a metade do total de delegados seja composta por mulheres demonstra o fortalecimento da participação feminina nos espaços democráticos de proposição política.

Gráfico 3 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo o sexo – 2003



Com relação à distribuição dos delegados, segundo sexo e por segmento, é possível observar uma variação significativa. Os prestadores e trabalhadores tiveram uma proporção de homens um pouco abaixo da proporção encontrada no total de delegados, ficando bem semelhante à proporção de homens na população brasileira de 18 a 79 anos. Por sua vez, entre os usuários, a proporção de homens foi bem maior (62,8%), enquanto no segmento dos gestores ocorreu o inverso, sendo composto por 63,1% de mulheres (tabela 1).

Quanto a esses resultados, podemos levantar duas questões. A primeira é referente à menor participação das mulheres como representantes do segmento usuário. Atualmente vem sendo demonstrado que as mulheres são as grandes usuárias do sistema. É importante questionarmos então por que na representação isso não ocorre. Uma possível explicação poderia ser o fato de que em grande parte das vezes o representante dos usuários seja um portador de patologia, enquanto os serviços mais utilizados pelas mulheres sejam relacionados à gravidez – pré-natal, parto e puerpério – ou à atenção básica, de cunho mais generalista e preventivo.

¹ Para enriquecer a descrição dos resultados, algumas informações foram comparadas com os dados da população brasileira, de 18 a 79 anos, obtidas pelo Censo 2000, realizado pelo IBGE. O objetivo dessa comparação foi observar: (a) se algumas características sociodemográficas dos delegados que participaram da conferência refletiam a composição da população brasileira, na tentativa de identificar se algum grupo populacional estava excluído do processo (nos casos em que a proporção de delegados fosse menor do que a da população brasileira como um todo); ou (b) se estava havendo maior diversificação na representação dos diversos grupos populacionais.

A segunda questão refere-se à grande participação das mulheres como representantes dos gestores na Conferência. Em pesquisa realizada (livro da Ana Costa), foi constatado que 30% dos gestores brasileiros eram mulheres. Considerando que 63,1% dos representantes dos gestores na 12ª Conferência Nacional de Saúde são mulheres, pode-se supor que nesse segmento as mulheres estejam mais engajadas do que os homens no controle social do SUS.

Tabela 1 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo o sexo – 2003

Sexo	Segmento do delegado				Total
	Gestor	Prestador	Trabalhador	Usuário	
Masculino	36,9	47,7	46,8	62,8	53,4
Feminino	63,1	52,3	53,2	37,2	46,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

Quanto à distribuição dos delegados, segundo sexo, por região geográfica, foi observada uma similaridade maior entre as regiões Centro-Oeste (51,2%), Norte (49,7%) e Sudeste (53,1%) e a proporção de mulheres da população brasileira do que nas regiões Nordeste (38,5%) e Sul (39,2%), onde a proporção de delegados do sexo feminino foi bem menor (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por região geográfica, segundo o sexo – 2003

Sexo	Região geográfica					Total
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	
Masculino	48,8	61,5	50,3	46,9	60,8	53,4
Feminino	51,2	38,5	49,7	53,1	39,2	46,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

A partir do cruzamento entre as variáveis sexo, segmento e região, observamos que a Região Norte é a que possui maior percentual de mulheres gestoras com participação como delegadas (tabela 3).

Além disso, entre as regiões geográficas também foram observadas outras variações quanto à distribuição dos delegados homens e mulheres, conforme será descrito a seguir.

Nos delegados da Região Centro-Oeste, a proporção de delegados do segmento trabalhador do sexo masculino foi bem maior do que a do feminino (36,6% e 14,3% respectivamente), enquanto nos segmentos gestor e prestador ocorreu o inverso, ou seja, a proporção de mulheres foi bem maior que de homens (19% de mulheres e 10% de homens, no caso dos gestores, e 20,2% de mulheres e 0% de homens no segmento dos prestadores).

Na Região Nordeste, a maior variação entre os percentuais de delegados do sexo feminino e masculino ocorreu nos segmentos gestor e usuário. No segmento gestor, a proporção de mulheres foi bem mais alta que a de homens (23,5% e 10,0%, respectivamente). Já no segmento usuário, o percentual de mulheres foi bem menor que o dos homens (39,6% e 56,5%).

Na Região Norte, ocorreu a mesma diferença entre os sexos, só que de maneira bem mais expressiva no segmento gestor. O percentual de gestoras mulheres (25,3%) foi bem mais alto que o de homens (5%). A diferença entre usuários homens e mulheres também foi bem alta, da mesma forma que nas outras regiões: os homens corresponderam a percentuais bem maiores do que o das mulheres (homens: 58%, mulheres: 41,4%).

Na Região Sudeste houve grande diferença entre homens e mulheres nos segmentos trabalhador e usuário. Entre as mulheres da Região Sudeste, 31,7% estavam representando o segmento trabalhador, enquanto que entre os homens da mesma região o percentual de delegados trabalhadores correspondeu a 17,4%. O segmento usuário correspondeu a 63,5% dos delegados do sexo masculino da Região Sudeste, percentual bem mais alto do que entre as mulheres da mesma região (38%). Quanto aos gestores, a diferença entre homens e mulheres foi semelhante a das demais regiões, sendo o percentual de mulheres gestoras (19,0%) maior que o de homens gestores (10,7%).

E, finalmente, na Região Sul, a diferença mais expressiva entre delegados homens e mulheres ocorreu principalmente no segmento usuário (54,6% homens e 42,8% mulheres) e de maneira menos expressiva no segmento trabalhador, com o percentual de mulheres maior do que o dos homens (30,4% e 21,5%).

Tabela 3 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a região geográfica, o sexo e o segmento – 2003

Segmento	Região geográfica														
	Centro-Oeste			Nordeste			Norte			Sudeste			Sul		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
Gestor	14,6	10,0	19,0	15,2	10,0	23,5	15,1	5,0	25,3	15,1	10,7	19,0	15,1	13,6	17,4
Prestador	10,4	0,0	20,2	9,8	10,0	9,6	10,1	10,0	10,1	9,9	8,4	11,3	9,9	10,3	9,4
Trabalhador	25,0	36,3	14,3	25,0	23,5	27,3	25,1	27,0	23,2	25,0	17,4	31,7	25,0	21,5	30,4
Usuário	50,0	53,7	46,5	50,0	56,5	39,6	49,7	58,0	41,4	50,0	63,5	38,0	50,0	54,6	42,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

1.5.1.2 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde por cor/raça

Para termos uma melhor idéia do percentual de delegados da população negra presentes à 12ª Conferência Nacional de Saúde, agregamos as categorias preta e parda em uma só, a qual intitulamos “negra”. Assim, observamos que ocorreu uma grande participação da população negra na Conferência de Saúde, atingindo o percentual de 46,7% dos delegados. Isso sugere que está havendo uma democratização do controle social com relação à cor/raça e que os negros estão conquistando cada vez mais o direito de participar dos fóruns de decisões políticas na saúde, o que é um indicativo de avanço na busca por maior equidade étnica (gráfico 4).

Gráfico 4 – Distribuição dos delegados eleitos da 12ª Conferência segundo a cor/raça – 2003

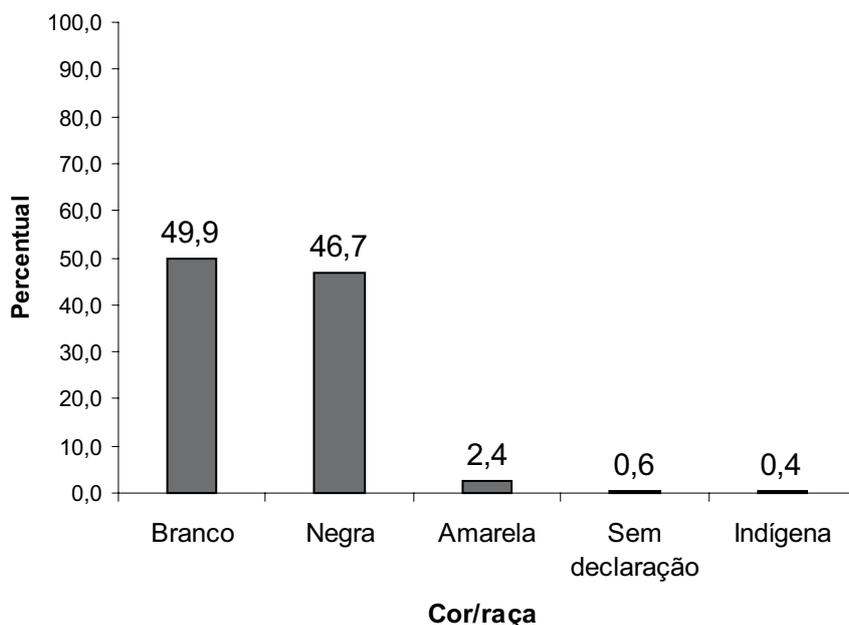
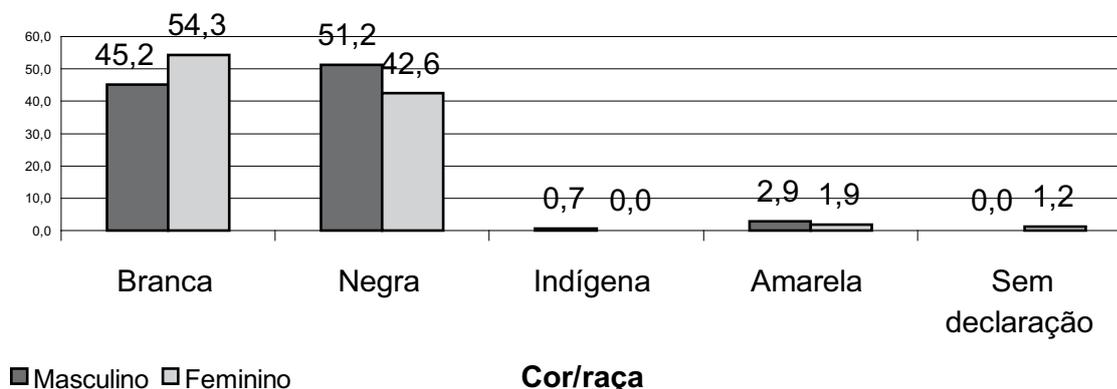


Gráfico 5 – Distribuição dos delegados eleitos da 12ª Conferência, por sexo, segundo a raça – 2003



Com relação à distribuição dos delegados entre homens e mulheres segundo a raça, observa-se que entre as mulheres a cor/raça que predomina é a branca (54,3%), seguida da cor negra (42,6%), com uma certa diferença de percentual. Já entre os delegados do sexo masculino ocorre o inverso e predominam os delegados negros (51,2%), seguidos de brancos (45,2%).

Quanto aos segmentos dos delegados gestores e prestadores, estes são predominantemente brancos (63,4% e 76,5%, respectivamente) e com uma proporção muito baixa de negros (36,7% e 20,1%). Por sua vez, no segmento trabalhador, a proporção entre brancos (47,8%) e negros (47,5%) é bem equilibrada. No segmento usuário, a proporção de negros (54,6%) chega a ultrapassar a proporção de brancos (41,6%) (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a cor/raça – 2003

Cor/raça	Segmento do delegado				Total
	Gestor	Prestador	Trabalhador	Usuário	
Amarela	0,0	3,4	3,8	2,2	2,4
Branco	63,4	76,5	47,8	41,6	49,9
Indígena	0,0	0,0	0,0	0,7	0,4
Negra	36,7	20,1	47,5	54,6	46,7
Sem declaração	0,0	0,0	0,8	0,7	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

Com relação ao cruzamento entre sexo *versus* cor/raça *versus* segmento, observa-se que entre homens e mulheres essa distribuição varia um pouco. Quanto às gestoras, a diferença entre brancos e negros (59% e 41%) não é tão alta quanto entre os gestores de sexo masculino (70,1% de brancos e 29,9% de negros). No segmento prestador, por outro lado, a grande diferença que já havia sido observada entre brancos e negros é maior ainda entre as mulheres (82,5% de brancas e 17,5% de negras). Entre os trabalhadores homens e mulheres não houve diferença expressiva na distribuição entre as raças. Já no segmento usuário, é grande a diferença entre homens e mulheres da cor/raça negra, sendo o percentual de homens maior (59% e 48,4%, respectivamente) e pouca a diferença de percentuais de mulheres negras (48,4%) e brancas (46%).

Apesar disso, o segmento dos usuários é o que tem um maior percentual de mulheres negras (48,4%). Em contraposição, o segmento prestador é o que tem menor percentual de delegadas negras (17,5%). Quanto aos delegados brancos do sexo masculino, o segmento que tem o maior percentual é o de prestadores (82,5%) e o que tem menor percentual é o de usuários (38,3%) (tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo o segmento, o sexo e a raça – 2003

Raça	Segmento											
	Gestor			Prestador			Trabalhador			Usuário		
	Total	M	F									
Branca	63,1	70,1	59,0	73,7	63,7	82,5	47,8	44,0	51,1	41,2	38,3	46,0
Negra	36,9	29,9	41,0	23,0	29,2	17,5	47,4	49,6	45,4	55,2	59,0	48,4
Indígena	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,2	0,0
Amarela	0,0	0,0	0,0	3,3	7,1	0,0	4,0	6,4	1,9	2,2	1,5	3,6
Sem declaração	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	1,6	0,7	0,0	2,0
Total	100,0											

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

No que diz respeito à região geográfica, nas regiões Centro-Oeste (60,2%), Nordeste (61,3%) e Norte (65,8%) observa-se que a proporção de delegados negros é bem superior à proporção de

brancos, enquanto na Região Sudeste (40,9%) essa proporção é menor. Já na Região Sul, 78% dos delegados são brancos. Essa diferença, entretanto, pode estar refletindo a diversidade existente nas regiões geográficas brasileiras quanto à cor da população (tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por região geográfica, segundo a cor/raça – 2003

Cor/raça	Região geográfica					Total
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	
Amarela	0,0	3,9	2,0	2,7	0,0	2,4
Branco	37,4	33,5	32,2	56,3	78,2	49,9
Indígena	2,5	0,0	0,0	0,0	1,4	0,4
Negra	60,2	61,3	65,8	40,9	19,0	46,7
Sem declaração	0,0	1,3	0,0	0,1	1,4	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

Com relação ao cruzamento das variáveis sexo, cor/raça e região geográfica, a Região Norte foi a que teve maior percentual de mulheres negras como delegadas participando da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a única na qual o percentual de mulheres foi maior que o percentual de homens (tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a região geográfica, o sexo e a raça – 2003

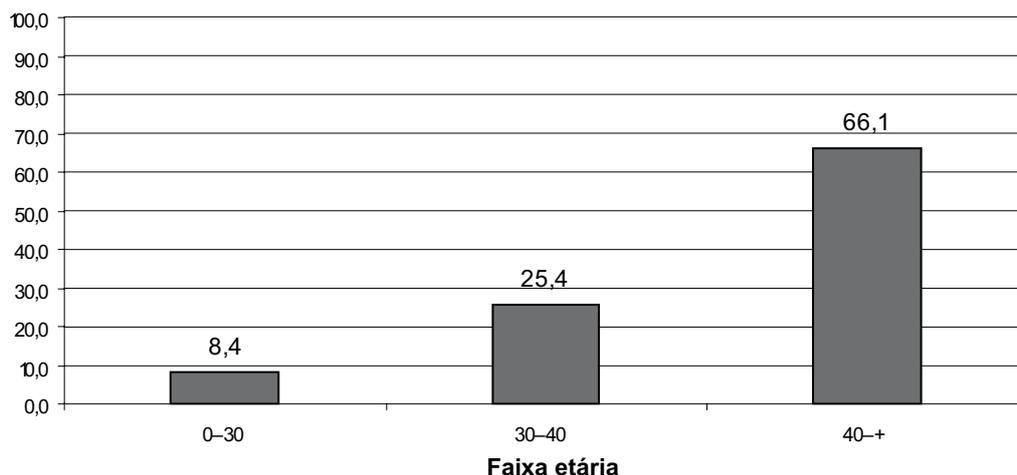
Raça	Região geográfica														
	Centro-Oeste			Nordeste			Norte			Sudeste			Sul		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
Branca	37,8	31,3	44,0	33,5	26,6	44,4	31,8	37,0	26,5	55,2	50,6	59,2	78,4	77,6	79,7
Negra	59,8	63,7	56,0	61,3	67,1	52,1	66,2	63,0	69,4	42,1	47,1	37,7	18,8	20,1	16,7
Indígena	2,4	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	2,3	0,0
Amarela	0,0	0,0	0,0	3,9	6,3	0,0	2,0	0,0	4,1	2,7	2,3	3,1	0,0	0,0	0,0
Sem declaração	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	3,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

1.5.1.3 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde por faixa etária

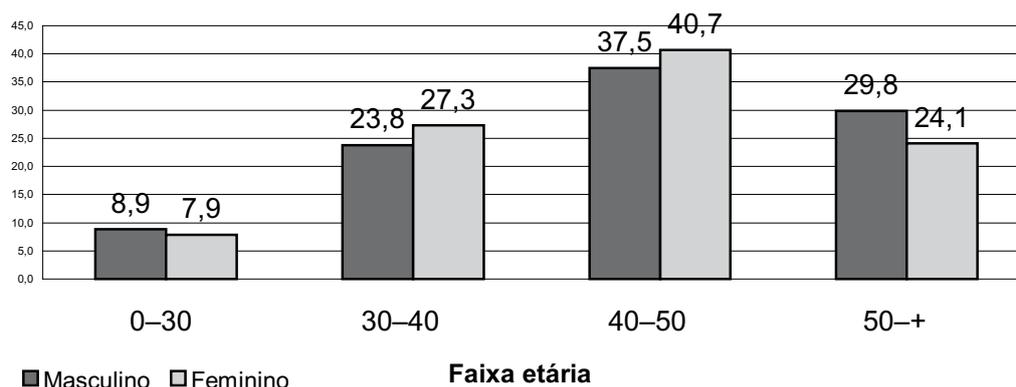
A maior parte dos delegados tem idades entre 40 e 50 anos (39,0%) e mais de 50 anos (27,1%), ou seja, 66,1% dos delegados possuem mais de 40 anos de idade (gráfico 6). Os delegados dessa Conferência são mais velhos. Isso significa que são pessoas que já possuíam 25 anos ou mais no momento de transformação do sistema de saúde, a partir da Constituição de 1988.

Gráfico 6 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a faixa etária – 2003



Ao analisarmos a distribuição dos delegados por sexo, segundo a faixa etária, observamos que não houve grande variação. O percentual de homens com mais de 40 anos (67,3%) é um pouco maior que a proporção de mulheres (64,5%). A proporção de mulheres na faixa de 30 a 40 anos (64,5%) é um pouco maior que a proporção de homens nessa faixa de idade (23,8%) (gráfico 7).

Gráfico 7 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por sexo, segundo a faixa etária – 2003



Ressalte-se que não houve variação importante na distribuição por faixa etária das idades dos delegados, considerando os segmentos. A Conferência é predominantemente composta por delegados com mais de 40 anos em todos os segmentos. A diferença mais significativa foi o reduzido número de delegados gestores (2,3%) e prestadores com menos de 30 anos (2,7%) (tabela 8). No entanto, trata-se de uma diferença já esperada, uma vez que, ao assumir um cargo de gestão ou de direção, geralmente a pessoa já passou por uma trajetória de experiência profissional e/ou política e/ou acadêmica que faz supor que ela já tenha no mínimo 30 anos de idade.

Tabela 8 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a faixa etária – 2003

Faixa etária	Segmento do delegado				Total
	Gestor	Prestador	Trabalhador	Usuário	
0-30	2,3	2,7	10,4	10,3	8,4
30-40	31,4	26,8	30,6	20,8	25,5
40-+	66,3	70,5	59,0	68,9	66,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

Quanto à distribuição por região, observa-se que as regiões Sul (2,9%) e Sudeste (5,1%) são as que possuem o menor percentual de delegados com até 30 anos de idade. No Sudeste, até mesmo o percentual de delegados na faixa entre 30 e 40 anos é baixo (16,6%). Em todas as regiões, a grande maioria dos delegados possui mais de 40 anos, sendo a Região Sudeste a que possui maior proporção de delegados com idade superior a 40 (78,3%), seguida da Região Sul (69,0%), Nordeste (54,3%), Centro-Oeste (53,1%) e com um percentual menor na Região Norte (48,5%).

Tabela 9 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por região geográfica, segundo a faixa etária – 2003

Faixa etária	Região geográfica					Total
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	
0-30	16,5	14,0	10,2	5,1	2,9	8,4
30-40	30,4	31,7	41,3	16,6	28,2	25,5
40-0	53,1	54,3	48,5	78,3	69,0	66,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

1.5.1.4 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde por nível de escolaridade

Foi observado um alto nível de escolaridade entre os delegados presentes à 12ª Conferência Nacional de Saúde. A maioria dos delegados possui pelo menos o ensino médio completo (86,9%). Desses, 20,3% tinham titulação máxima em nível de pós-graduação (*lato sensu*, mestrado e doutorado), 47,6% tinham pelo menos curso superior completo e 30,4% tinham ensino médio completo como titulação máxima. 27,3% dos delegados possuem curso superior completo como maior titulação; 14,3%, pós-graduação *lato sensu*; 4,5%, mestrado; e 1,5%, doutorado. Somente 4,9% dos delegados possuem apenas ensino fundamental completo. E não houve registro de analfabeto ou pessoa sem escolaridade. Esses resultados podem indicar a exclusão da população sem ou com pouca escolaridade dos processos de controle social da política de saúde (gráfico 8 e tabela 10).

Gráfico 8 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a escolaridade – 2003

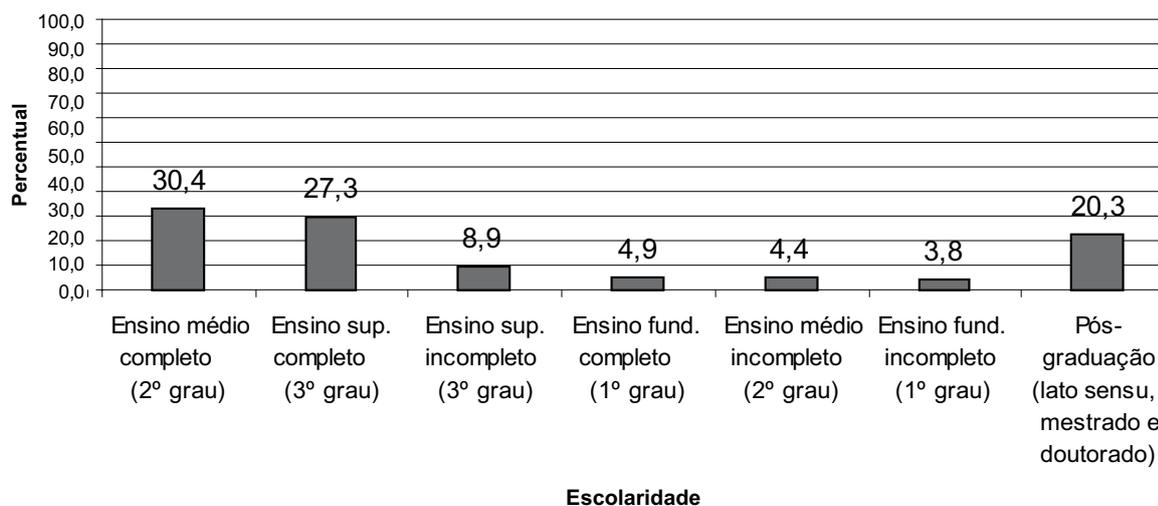


Tabela 10 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a escolaridade – 2003

Escolaridade	Percentual	% acumulado
Ensino fundamental incompleto (1º grau)	3,8	100,0
Ensino fundamental completo (1º grau)	4,9	96,2
Ensino médio incompleto (2º grau)	4,4	91,3
Ensino médio completo (2º grau)	30,4	86,9
Ensino superior incompleto (3º grau)	8,9	56,5
Ensino superior completo (3º grau)	27,3	47,6
Pós-graduação <i>lato sensu</i> (especialização/MBA)	14,3	20,3
Mestrado	4,5	6,0
Doutorado	1,5	1,5
Total	100	

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

Considerando os segmentos que os delegados representam, observou-se variação importante quanto ao nível de escolaridade. Enquanto 77,1% dos delegados usuários possuem pelo menos o ensino médio completo, 94,4% dos representantes trabalhadores de saúde, 97,1% dos delegados prestadores e 100% dos gestores possuem tal nível educacional. Somente entre os usuários havia delegados com ensino fundamental incompleto (7,6%). Em contraste, apenas 5,2% haviam realizado curso de pós-graduação (0,5% mestrado e 4,7 pós-graduação *lato sensu*), ao passo que 20,8% dos trabalhadores de saúde, 53,2% prestadores e 47,4% gestores afirmaram ter cursado pós-graduação *stricto* ou *lato sensu*. Todos os gestores presentes à 12ª Conferência Nacional de Saúde como delegado possuem pelo menos o ensino médio completo. Apenas entre os gestores (6,9%) e os prestadores (4,6%) havia delegados com doutorado (tabela 11).

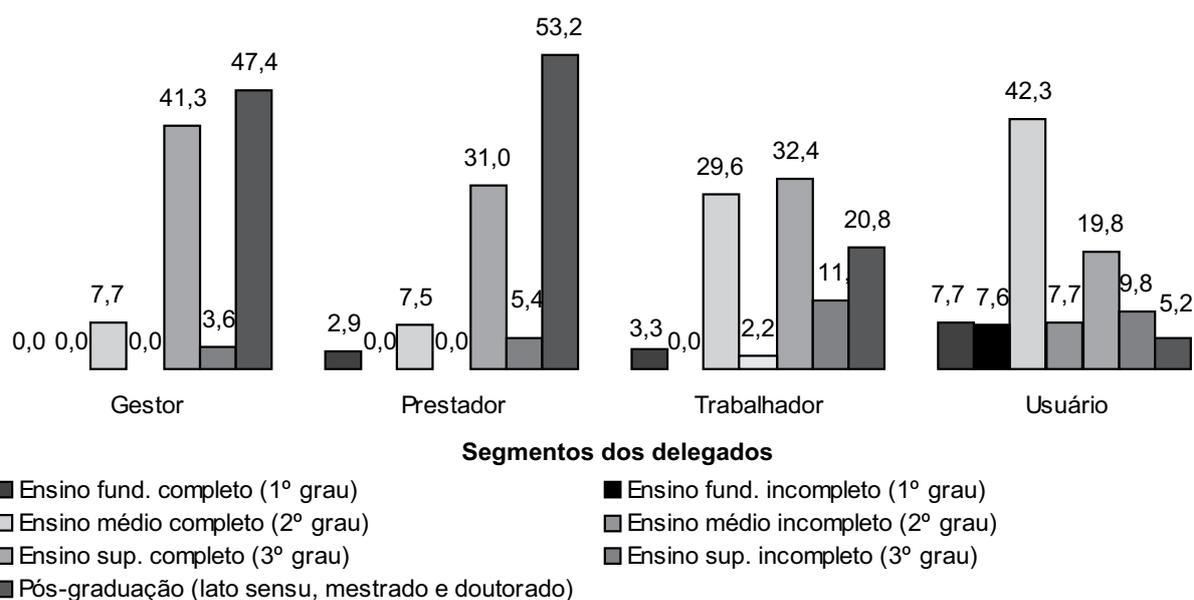
Tabela 11 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a escolaridade – 2003

Escolaridade	Segmento do delegado							
	Gestor	% acumulado	Prestador	% acumulado	Trabalhador	% acumulado	Usuário	% acumulado
Ensino fund. incompleto (1º grau)	0,0		0,0		0,0	99,9	7,6	100,1
Ensino fund. completo (1º grau)	0,0		2,9	100,0	3,3	99,9	7,7	92,5
Ensino médio incompleto (2º grau)	0,0		0,0	97,1	2,2	96,6	7,7	84,8
Ensino médio completo (2º grau)	7,7	100,0	7,5	97,1	29,6	94,4	42,3	77,1
Ensino sup. incompleto (3º grau)	3,6	92,3	5,4	89,6	11,6	64,8	9,8	34,8
Ensino sup. completo (3º grau)	41,3	88,7	31,0	84,2	32,4	53,2	19,8	25,0
Pós-graduação <i>lato sensu</i> (esp./MBA)	30,6	47,4	31,4	53,2	16,8	20,8	4,7	5,2
Mestrado	9,9	16,8	17,2	21,8	4,0	4,0	0,5	0,5
Doutorado	6,9	6,9	4,6	4,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0		100,0		100,0		100,0	

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

Como pode ser observado no gráfico a seguir, o segmento gestor é composto principalmente por pessoas com pós-graduação como titulação máxima (47,4%), seguidas por delegados com ensino superior (41,3%). Os prestadores também são representados por delegados com pós-graduação em sua maioria (53,2%) e com nível superior como titulação máxima (31,0%). Os trabalhadores possuem ensino superior (32,4%) e ensino médio (29,6%), predominantemente, e o segmento dos usuários é composto por delegados que possuem ensino médio como maior escolaridade (42,3%) (gráfico 9).

Gráfico 9 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência por nível de escolaridade, por segmento



Quanto à diferença entre o nível de escolaridade de homens e mulheres, foi observado que a escolaridade das mulheres é bem maior que a dos homens. As mulheres possuem predominantemente ensino superior completo (30,6% em contraposição a 24,5% dos homens com esse nível de escolaridade) e pós-graduação (28,0%, enquanto os homens são apenas 13,4% com esse nível de escolaridade). Com relação aos homens, por sua vez, predomina o ensino médio completo como escolaridade máxima (33,8% em contraposição a 26,6% de mulheres com essa escolaridade). Se somarmos os percentuais de delegados que possuem ensino médio incompleto ou menos e considerarmos como baixa escolaridade, veremos que há um percentual pouco significativo de mulheres com baixa escolaridade (6,4% em contraposição a 19% de homens) (tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por sexo, segundo a escolaridade – 2003

Escolaridade	Sexo				Total	% acumulado
	Masculino	% acumulado	Feminino	% acumulado		
Ensino fund. incompleto (1º grau)	6,2	100,0	1,0	100,0	3,8	100,0
Ensino fund. completo (1º grau)	6,2	93,8	3,5	99,0	4,9	96,2
Ensino médio incompleto (2º grau)	6,6	87,6	1,9	95,5	4,4	91,3
Ensino médio completo (2º grau)	33,8	81,0	26,6	93,6	30,5	86,9
Ensino sup. incompleto (3º grau)	9,3	47,2	8,4	67,0	8,9	56,4
Ensino sup. completo (3º grau)	24,5	37,9	30,6	58,6	27,3	47,5
Pós-graduação <i>lato sensu</i> (esp./MBA)	11,0	13,4	18,0	28,0	14,3	20,2
Mestrado	1,2	2,4	8,1	10,0	4,4	5,9
Doutorado	1,2	1,2	1,9	1,9	1,5	1,5
Total	100,0		100,0		100,0	

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

Houve bastante diferenciação com relação à escolaridade e à cor entre os sexos. Os delegados brancos do sexo masculino possuem ensino superior completo como maior titulação (31,9%), seguido do ensino médio (28,4%), totalizando 60,3% dos delegados brancos homens. As mulheres brancas possuem escolaridade maior que a dos homens, tendo escolaridade máxima predominantemente no nível de pós-graduação (38,1%), seguido de ensino superior (33,7%), totalizando 71,8% das mulheres brancas.

Quanto aos delegados negros, tanto os homens quanto as mulheres tiveram o ensino médio como escolaridade máxima predominante (39,4% homens e 40,7% mulheres). Entretanto, o percentual de homens negros com baixa escolaridade (ensino médio incompleto ou menos) é bem maior do que o percentual de mulheres (28,5% e 3,1%, respectivamente). O percentual de mulheres negras com, no mínimo, o curso superior completo é bem maior que o percentual de homens negros (44% e 24,3%), o que mostra que as mulheres negras possuem maior escolaridade que a dos homens negros.

O aumento da escolaridade das mulheres é fenômeno disseminado (IPEA, IBGE). Existe uma discussão que aponta grande diferença entre mulheres negras e brancas no tocante à escolaridade. Os dados da pesquisa sobre os delegados, no entanto, parecem apontar para o fato de que também as mulheres negras estão alcançando maior escolaridade. Se essa tendência se confirmar, talvez seja um indicativo de uma mudança na base da pirâmide social (composta hoje por mulheres negras).

Com relação aos orientais/amarelos, todos os homens possuem no mínimo o ensino médio completo, sendo o maior percentual concentrado no ensino superior incompleto (39,4%), seguido de ensino superior completo (23,7%) e pós-graduação (21,1%). As mulheres estão distribuídas em ensino médio completo predominantemente (45,4%), ensino fundamental completo (27,3%) e ensino superior completo (27,3%).

Quanto aos indígenas, todos os delegados são do sexo masculino e possuem escolaridade dividida entre ensino fundamental incompleto (55,6%) e ensino médio completo (44,4%).

Tabela 13 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por sexo, segundo a escolaridade – 2003

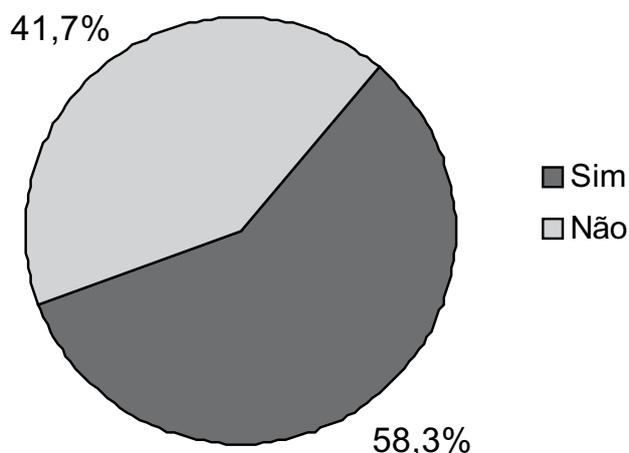
Escolaridade	Cor									
	Branca		Negra		Indígena		Amarela		Sem declaração	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Ensino fund. incompleto (1º grau)	0,9	1,8	10,6	0,0	55,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ensino fund. completo (1º grau)	1,9	3,6	10,5	2,3	0,0	0,0	0,0	27,3	0,0	0,0
Ensino médio incompleto (2º grau)	6,2	2,8	7,4	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ensino médio completo (2º grau)	28,4	14,2	39,4	40,7	44,4	0,0	15,8	45,4	0,0	64,3
Ensino sup. incompleto (3º grau)	9,3	5,8	7,8	12,2	0,0	0,0	39,4	0,0	0,0	0,0
Ensino superior completo (3º grau)	31,9	33,7	18,4	27,7	0,0	0,0	23,7	27,3	0,0	0,0
Pós-graduação (<i>lato sensu</i> , mestrado e doutorado)	21,4	38,1	5,9	16,3	0,0	0,0	21,1	0,0	0,0	35,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

1.5.1.5 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde segundo a formação em saúde

Entre os delegados que possuíam pelo menos o ensino médio completo como nível de escolaridade, a maioria informou que possui formação em saúde (58,3%). Esse dado aponta para quantidade bem expressiva de delegados que parecem estar representando outro segmento, mas são, na realidade, profissionais de saúde (gráfico 10).

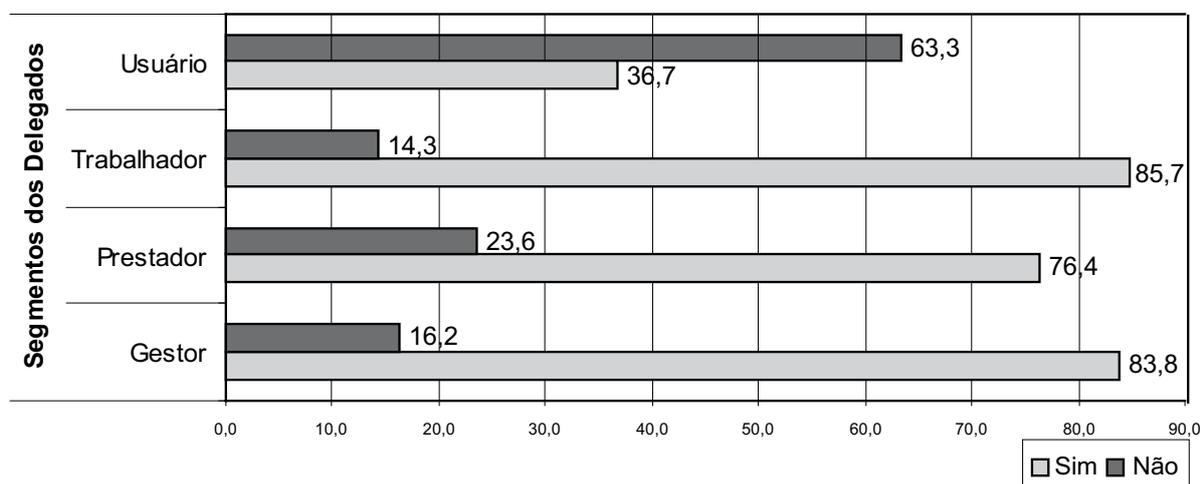
Gráfico 10 – Distribuição dos delegados eleitos da 12ª Conferência segundo a formação em saúde – 2003



Nota: foram excluídos os delegados eleitos sem escolaridade, analfabetos ou com ensino médio incompleto.

Com relação à diferença por segmento, como era de se esperar, os delegados que possuem formação em saúde estão mais concentrados no segmento trabalhador (85,7%), seguido de gestor (83,8%) e prestador (76,4%). Embora o número de usuários seja bem menor que o dos demais segmentos, trata-se de um número expressivo (36,7%) de usuários que são profissionais de saúde (gráfico 11). Isso nos remete a uma constatação que vem ocorrendo desde a 9ª até a 12ª Conferência Nacional de Saúde, com relação ao fato de que muitos dos delegados representantes do segmento dos usuários são profissionais de saúde.

Gráfico 11 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência com formação em saúde, por segmento – 2003



Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

Ao se comparar a escolaridade dos delegados (com pelo menos o ensino médio completo) e a formação ou não na área da Saúde, por segmento, é possível observar que, dos gestores que possuem formação em saúde, a maioria possui no mínimo ensino superior completo. Somando os delegados com ensino superior (37,8%), pós-graduação *lato sensu* (36,6%), mestrado (3,5%) e doutorado (11%), chega-se ao percentual de 88,9% (tabela 14).

Entre os prestadores, isso ocorre em maior escala, tendo a grande maioria dos delegados no mínimo o curso superior completo (94,6%). O percentual de delegados com pós-graduação (*lato sensu*, mestrado e doutorado) é bem maior do que entre os gestores (74,4% x 52,1%).

Já entre os trabalhadores e usuários, essa distribuição é diferente daquela de gestores e prestadores. Ou seja, dos delegados trabalhadores e usuários que possuem formação em saúde, considerando também os delegados com superior incompleto, a maioria está concentrada no ensino médio como maior escolaridade (56,9% dos trabalhadores e 74,2% dos usuários).

Tabela 14 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a escolaridade e a formação na área da Saúde – 2003

Escolaridade	Segmento do delegado											
	Gestor			Prestador			Trabalhador			Usuário		
	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim
Ensino médio completo (2º grau)	12,6	38,2	7,6	11,4	24,1	7,4	42,1	44,9	41,7	59,7	60,0	59,3
Ensino superior incompleto (3º grau)	6,3	20,6	3,5	10,6	44,8	0,0	19,4	42,9	15,2	13,9	13,3	14,9
Ensino superior completo (3º grau)	35,4	23,5	37,8	21,1	31,1	18,2	16,6	12,2	17,4	20,9	24,6	14,5
Pós-graduação <i>lato sensu</i> (esp./MBA)	33,6	17,7	36,6	44,7	0,0	58,5	16,0	0,0	18,8	5,5	2,1	11,3
Mestrado	2,9	0,0	3,5	6,5	0,0	8,5	5,9	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0
Doutorado	9,2	0,0	11,0	5,7	0,0	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1.5.1.6 Distribuição das ocupações dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde por tipo de ocupação

Com relação ao tipo de ocupação dos delegados entrevistados, a grande maioria é composta por empregados (68,8%). Já era um resultado esperado, uma vez que só podem ser desempregados e autônomos os representantes dos usuários. A distribuição é a seguinte: na área urbana, 94,8%; no setor público, 71,3%, principalmente no setor público municipal (40,7%), seguido do estadual (21,2%) e do federal (9,4%). Esses percentuais refletem o fato de que realmente a representação na Conferência obedeceu à trajetória prevista de maneira ascendente, sendo escolhidos os representantes em cada Conferência Municipal para participação na Conferência Estadual e, em cada Conferência Estadual, a escolha dos representantes para a Conferência Nacional (gráficos 12, 13 e 14).

Os delegados cuja ocupação principal está situada na área privada correspondem a 20,3% do total. Em proporção inferior estavam as ocupações autônomas (12,5%).

Gráfico 12 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a ocupação principal – 2003

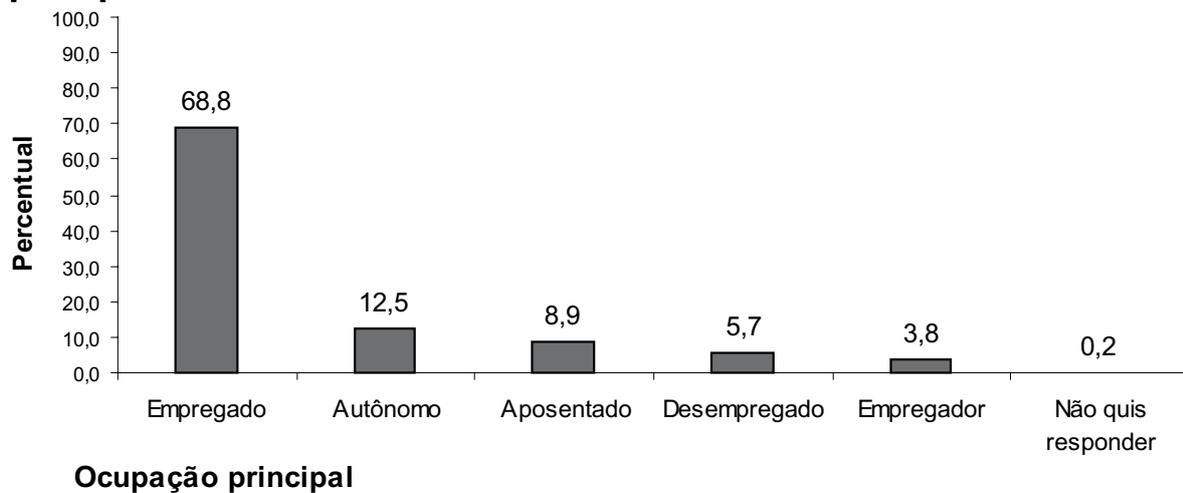


Gráfico 13 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo o local da ocupação principal – 2003

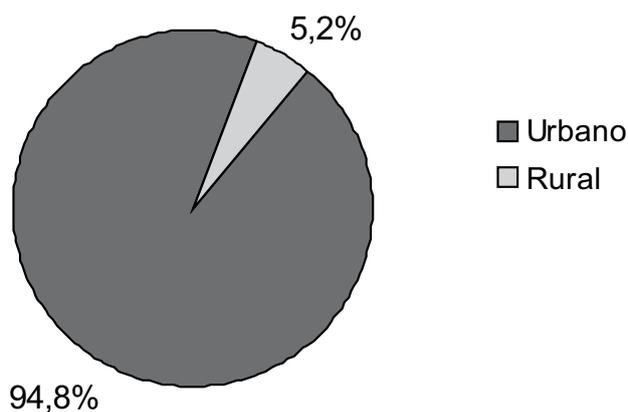
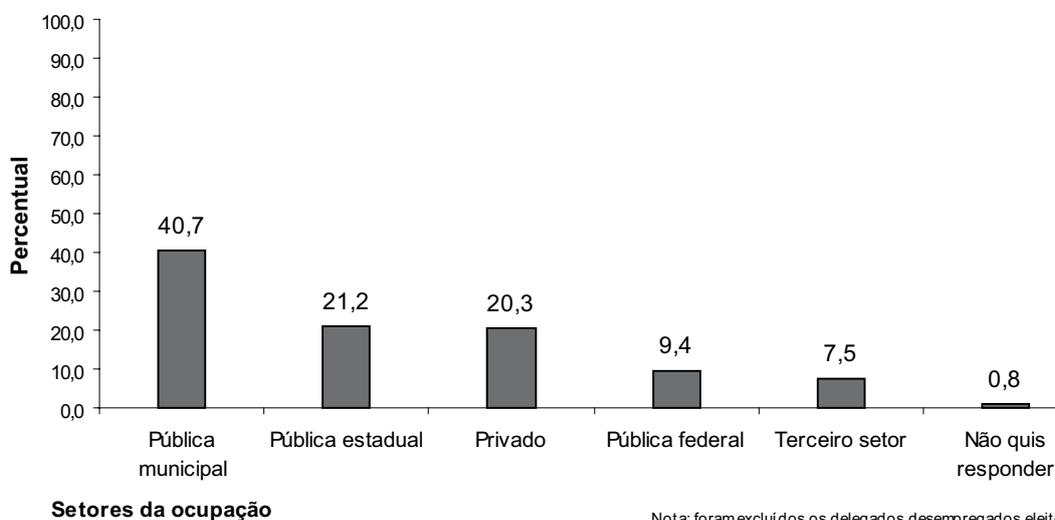


Gráfico 14 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo o setor da ocupação principal



Nota: foram excluídos os delegados desempregados eleitos

Considerando os segmentos, observou-se variação importante quanto às ocupações dos delegados, especialmente dos representantes de usuários em comparação aos demais. Enquanto 48,9% dos delegados usuários eram empregados, 91,6% dos representantes eram de trabalhadores de saúde, 82,1% prestadores e 87,1% eram assalariados. Além disso, observou-se que a distribuição dos delegados que representavam usuários pelos tipos de ocupação era mais homogênea que a observada entre os outros segmentos (tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a ocupação principal – 2003

Ocupação principal	Segmento do delegado				Total
	Gestor	Prestador	Trabalhador	Usuário	
Autônomo	4,1	6,3	3,0	21,1	12,5
Empregado	87,1	82,1	91,6	48,9	68,8
Empregador	7,2	8,8	1,9	2,7	3,8
Desempregado	0,0	0,0	0,7	11,2	5,7
Aposentado	1,7	2,9	2,9	15,6	9,0
Não quis responder	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

A maioria dos gestores está empregada na gestão pública municipal (67,2%). Quanto aos prestadores, é curioso que a maior parte possui ocupação principal no setor público (56,0%), enquanto 32,2% situam-se no setor privado. Quanto aos trabalhadores, também ocorre a predominância de delegados cuja ocupação está no setor público municipal (51,7%). Quanto aos usuários, por sua vez, é importante notar que mais da metade está empregada no setor público (53,7%), o que possibilita que a conferência seja composta, em grande parte, por pessoas do setor público (tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo o setor da ocupação principal – 2003

Setor	Segmento do Delegado				Total
	Gestor	Prestador	Trabalhador	Usuário	
Público federal	6,7	11,3	13,9	7,3	9,4
Público estadual	26,1	23,8	23,9	17,1	21,2
Público municipal	67,2	20,9	51,7	29,3	40,7
Privado	0,0	32,2	9,5	31,2	20,3
Terceiro setor	0,0	8,8	1,0	14,0	7,6
Não quis responder	0,0	2,9	0,0	1,1	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Secretaria de Gestão Participativa/MS, 2003.

Nota: foram excluídos os delegados desempregados eleitos.

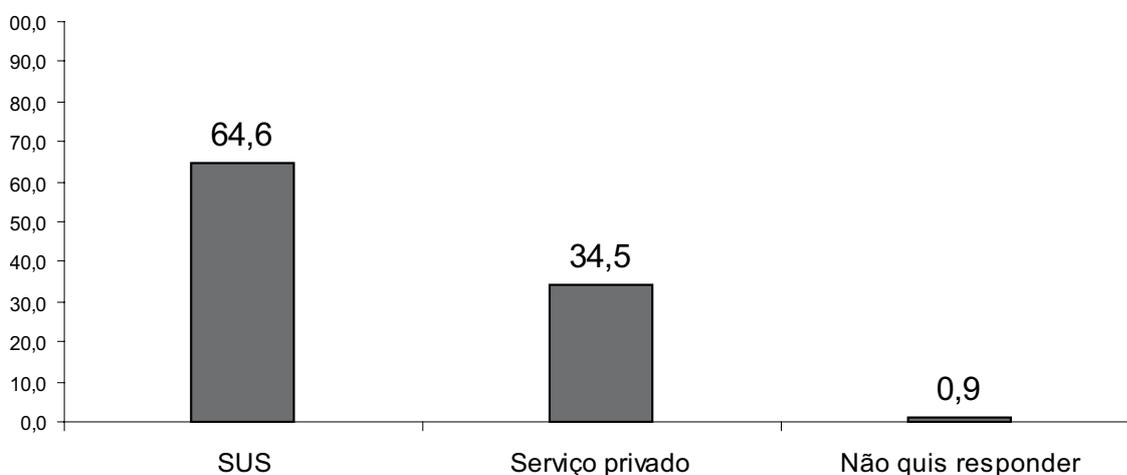
1.5.2 Utilização dos serviços de saúde

1.5.2.1 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde segundo a utilização dos serviços de saúde

A utilização de serviços de saúde pelos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde é um dado interessante, pois pode indicar o compromisso e a confiança no SUS pelos delegados presentes à Conferência, já que este é um fórum de defesa e de propostas políticas para o atual sistema de saúde do país.

Os dados indicam que, apesar de a maioria dos delegados ter procurado o SUS no último serviço de saúde utilizado recentemente (64,6%), existe um percentual significativo de delegados que optaram por utilizar um serviço de saúde no setor privado (34,5%) (gráfico 15).

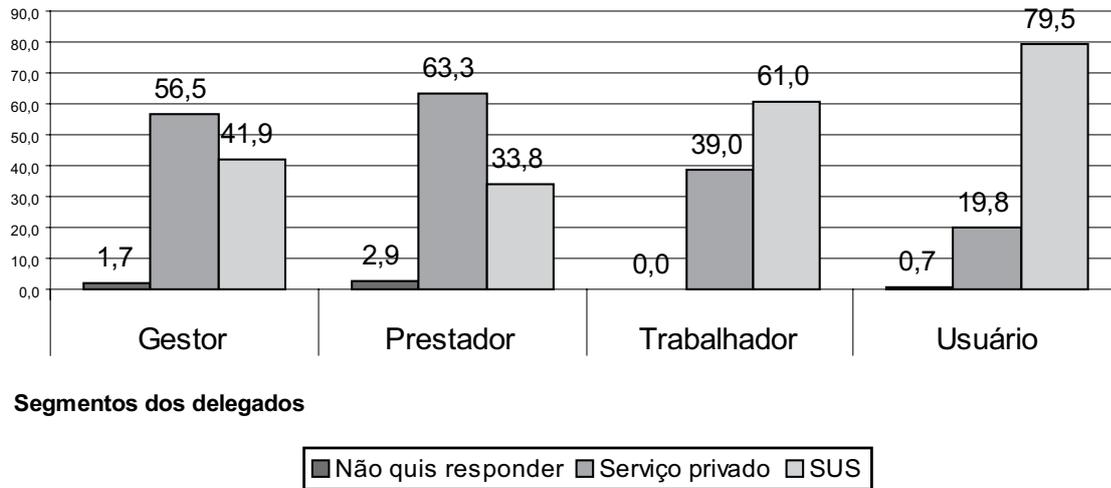
Gráfico 15 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo o último serviço de saúde utilizado – 2003



Serviços de saúde

Analisando essas informações por segmento, observamos que, enquanto os prestadores e os gestores utilizam mais o serviço privado (63,3% e 56,5%, respectivamente), os usuários e os trabalhadores utilizam mais o SUS (79,5% e 61,0%). Talvez os 20% de usuários que usam o serviço privado reflitam a demanda reprimida do SUS na média complexidade, acarretando a necessidade da busca, pelos usuários, por exames clínicos ou laboratoriais, bem como consultas especializadas, no setor privado (gráfico 16).

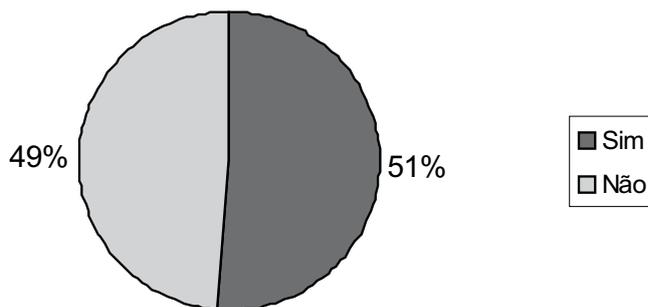
Gráfico 16 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo o último serviço de saúde utilizado



1.5.2.2 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde que possuem ou não plano de saúde

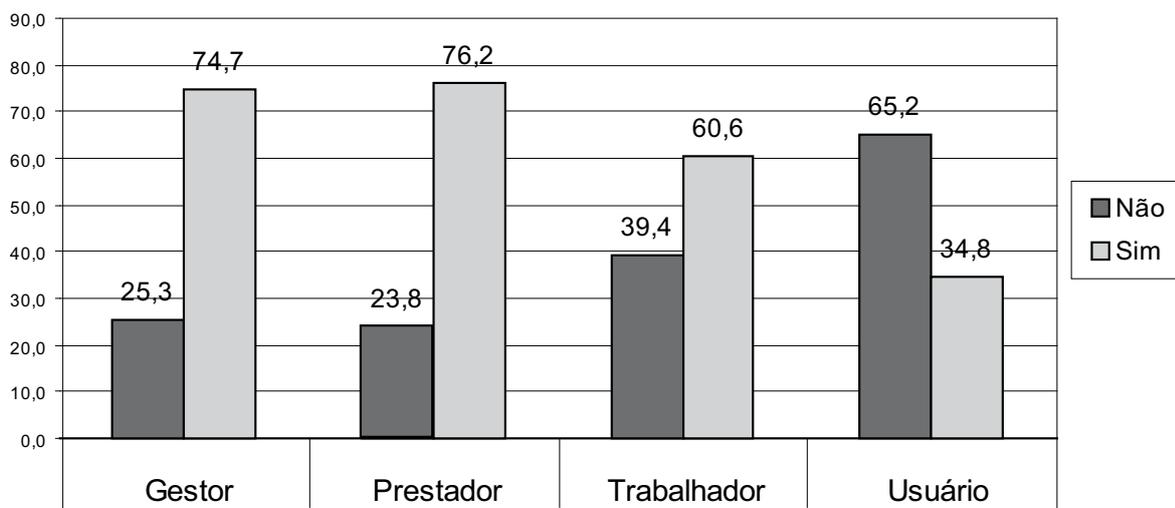
Outro dado interessante é a associação dos delegados presentes à 12ª Conferência Nacional de Saúde a planos de saúde. Podemos observar que mais da metade dos delegados entrevistados possui plano de saúde (51%) (gráfico 17). Como o percentual de delegados que possui plano de saúde é bem maior que o de delegados que utilizaram um serviço privado da última vez que precisaram de um serviço de saúde, podemos inferir que parte considerável dos delegados que utilizaram o SUS no último atendimento seja de portadores de plano de saúde. Possivelmente, os serviços utilizados foram os de maior complexidade, casos não cobertos pelos planos de saúde e nos quais o SUS é referência.

Gráfico 17 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a associação a plano de saúde – 2003



Observando-se por segmento, a grande maioria dos gestores (74,7%), prestadores (76,2%) e trabalhadores (60,6%) possui planos de saúde. No que diz respeito aos usuários, apesar de não ser a maioria, parcela significativa desse segmento (34,8%) também possui plano de saúde (gráfico 18).

Gráfico 18 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a associação a plano de saúde – 2003



Segmentos dos delegados

Em todos os segmentos, a grande maioria dos delegados que possui plano de saúde está concentrada na faixa etária de mais de 40 anos, principalmente os usuários (76,3%), seguidos dos gestores (68,6%), trabalhadores (66,5%) e prestadores (64,1%).

Tabela 17 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a faixa etária e a posse ou não de plano de saúde – 2003

Faixa etária	Segmento do delegado											
	Gestor			Prestador			Trabalhador			Usuário		
	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim
0-30	2,3	4,3	1,6	2,7	0,0	3,5	10,4	16,9	6,3	10,3	10,4	10,3
30-40	31,7	37,0	29,8	26,8	8,0	32,4	30,6	35,9	27,2	20,8	24,8	13,4
40-50	42,9	47,8	41,2	45,5	84,0	34,1	39,0	26,4	47,0	36,6	35,1	39,3
50-+	23,1	10,9	27,4	25,0	8,0	30,0	20,0	20,8	19,5	32,3	29,7	37,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

SIM = possui plano de saúde.

NÃO = não possui plano de saúde.

Praticamente metade dos usuários que possui plano de saúde utilizou o SUS no último atendimento (49,9%). Esse dado corrobora a afirmativa feita anteriormente de que parte considerável dos delegados que utilizou o SUS no último atendimento é composta por portadores de plano de saúde e que possivelmente os serviços utilizados foram os de maior complexidade (tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo o último serviço de saúde utilizado e a posse ou não de plano de saúde – 2003

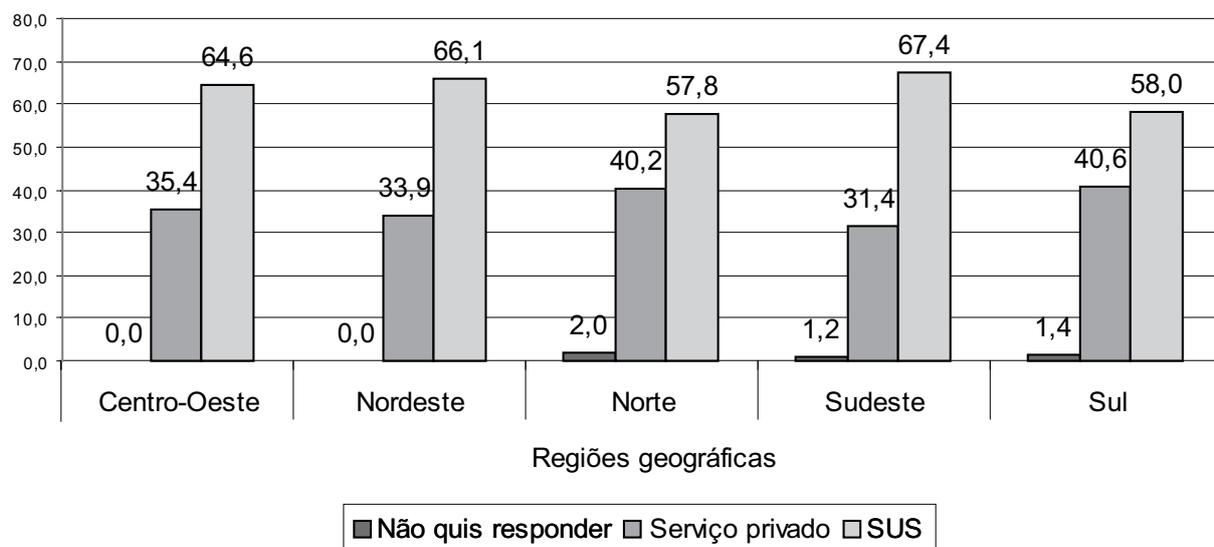
Último serviço de saúde utilizado	Segmento do delegado											
	Gestor			Prestador			Trabalhador			Usuário		
	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim
SUS	41,9	79,5	29,0	33,8	57,9	26,2	61,0	86,5	44,4	79,5	95,3	49,9
Serviço privado	56,5	14,0	71,0	63,3	29,8	73,8	39,0	13,5	55,6	19,8	3,6	50,1
Não quis responder	1,6	6,5	0,0	2,9	12,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

SIM = possui plano de saúde.

NÃO = não possui plano de saúde.

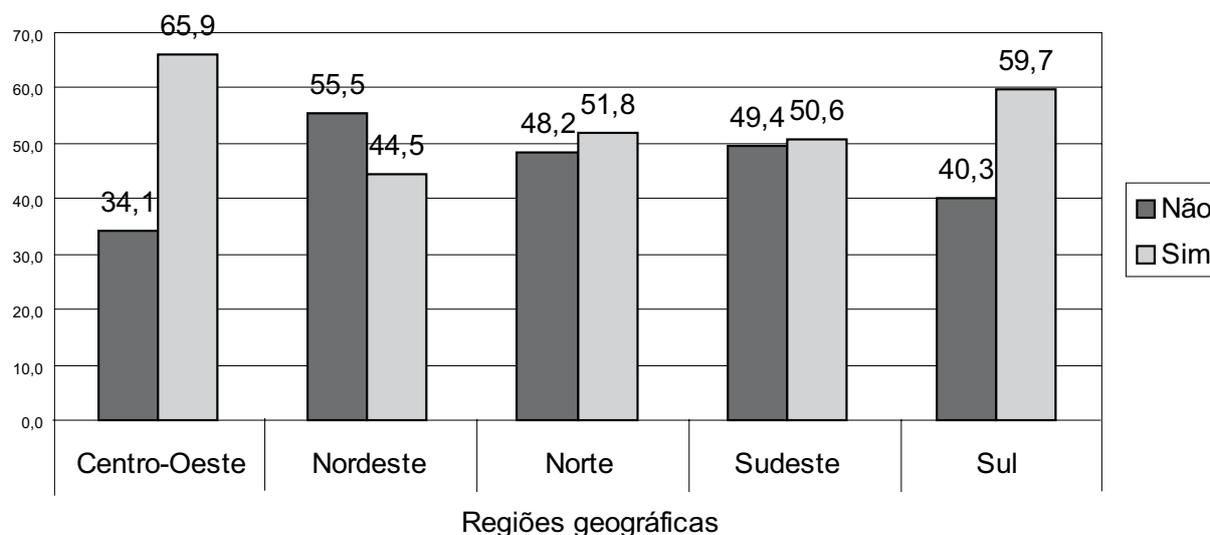
Quanto à região geográfica, não foi notada grande diferença com relação à utilização do SUS ou do serviço privado pelos delegados. Em todas as regiões, a grande maioria utilizou o SUS da última vez que procurou um serviço de saúde, sendo este percentual maior nas regiões Sudeste (67,4%) e Nordeste (64,6%) (gráfico 19).

Gráfico 19 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por região geográfica, segundo o último serviço de saúde utilizado – 2003



Quanto à questão de possuir plano de saúde, por região, a única que apresenta um percentual maior de delegados que não possui plano de saúde é a Região Nordeste (55,5%), embora a diferença entre aqueles que possuem e a aqueles que não possuem não seja muito grande. Quanto às outras regiões, a que mais se destacou por apresentar um percentual que difere das demais foi a Região Centro-Oeste, onde apenas 34,1% dos delegados declarou não possuir plano de saúde (gráfico 20).

Gráfico 20 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por região geográfica, segundo a associação a plano de saúde



1.5.3 Distribuição dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde segundo a participação em conselhos e conferências anteriores

Apesar de a maioria dos delegados ter mais de 40 anos, não se trata de delegados que já vêm acompanhando as transformações e as discussões da política de saúde por meio da participação em conferências. A maior parte dos delegados (71%) está participando pela primeira vez de uma Conferência Nacional de Saúde (gráfico 21). Observando-se cada conferência anterior, da 8ª até a 11ª Conferência Nacional de Saúde, percebe-se que 83,5% não participaram da 11ª Conferência Nacional de Saúde; 86%, da 10ª Conferência Nacional de Saúde; 92,2%, da 9ª Conferência Nacional de Saúde; e 93%, da 8ª Conferência Nacional de Saúde (gráfico 22).

Gráfico 21 – Primeira vez que participaram de uma Conferência Nacional de Saúde

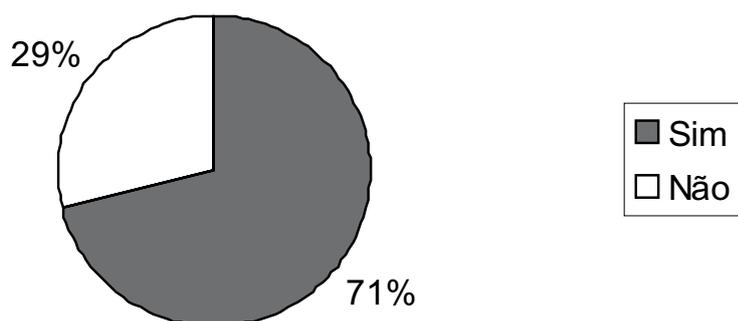
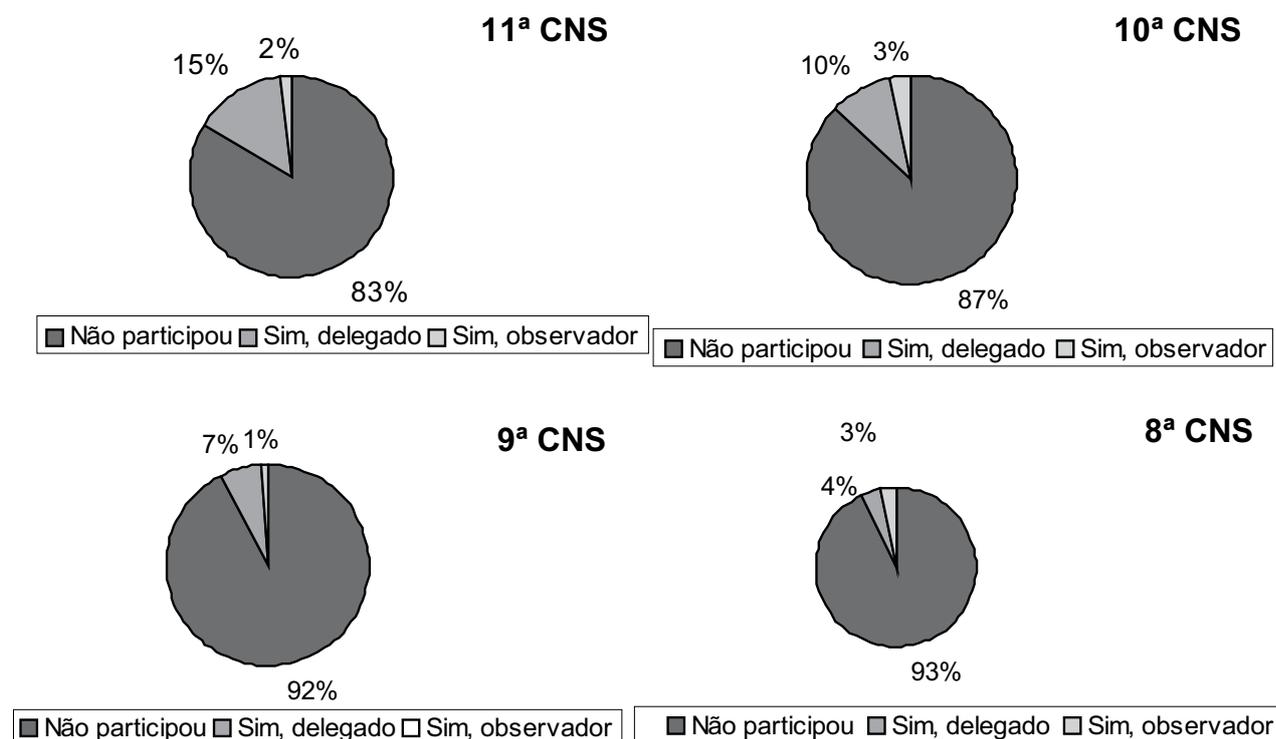


Gráfico 22 – Distribuição dos delegados eleitos da 12ª Conferência segundo a participação em outras Conferências Nacionais de Saúde – 2003



Se observarmos pela faixa etária, por segmento, veremos que os resultados não variaram muito em relação aos resultados gerais (tabela 19).

Tabela 19 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência, por segmento, segundo a faixa etária e a primeira participação em uma Conferência Nacional de Saúde – 2003

Faixa etária	Segmento do delegado											
	Gestor			Prestador			Trabalhador			Usuário		
	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim
0-30	2,3	0,0	4,0	2,7	0,0	4,3	10,4	0,0	14,3	10,3	6,4	11,6
30-40	31,7	26,8	35,2	26,8	12,7	35,0	30,6	19,6	34,6	20,8	4,6	25,8
40-50	42,9	38,3	46,7	45,5	49,3	42,9	39,0	51,5	34,2	36,6	44,1	34,3
50-+	23,1	34,9	14,1	25,0	38,0	17,8	20,0	28,9	16,9	32,3	44,9	28,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

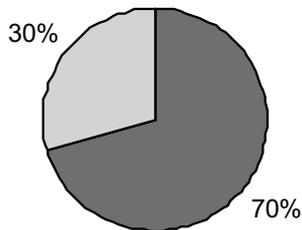
SIM = primeira vez que participa de uma conferência nacional de saúde.

NÃO = já participou de outra(s) conferência(s) nacional(is) de saúde.

Apesar de a grande parte dos delegados participar de uma conferência nacional de saúde pela primeira vez, trata-se de delegados atuantes em conselhos, principalmente municipais. A maioria participa de algum Conselho de Saúde (Nacional, Estadual ou Municipal) (70%). Parte significativa dos delegados é conselheiro municipal de saúde (58,3%). Em menor escala, conselheiro estadual de saúde (25,3%); e uma parcela mínima dos delegados é conselheiro nacional de saúde (1,9%) (gráfico 23).

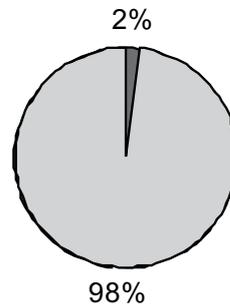
Gráfico 23 – Distribuição dos delegados da 12ª Conferência segundo a participação em Conselhos de Saúde – 2003

Participam de algum Conselho de Saúde



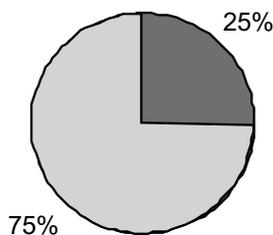
■ Sim □ Não

Conselhos Nacionais



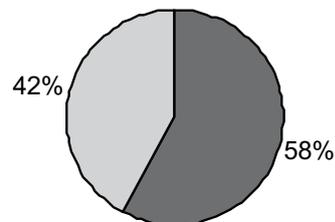
■ Sim □ Não

Conselhos Estaduais



■ Sim □ Não

Conselhos Municipais



■ Sim □ Não

1.6 Conclusão da Pesquisa do Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, em relação à composição de seus delegados, foi equilibrada: 53,4% eram homens e 46,6, mulheres. Embora a população feminina seja maioria no país, sabemos que fatores sociais, econômicos e subjetivos não permitem ainda que a representatividade feminina nas entidades civis reproduza essa maioria. Portanto, já configura um avanço que a diferença seja menor que 10%.

Esse percentual deve, entretanto, remeter à necessidade de ampliação de políticas específicas de gênero e de mecanismos que busquem maior participação feminina nos espaços de controle social do SUS.

Quanto à distribuição geográfica de delegados segundo o sexo, foi mantida uma certa similaridade nas regiões, com exceção do Nordeste (38,5% de mulheres e 61,5% de homens) e, curiosamente, do Sul (39,2% de mulheres e 60,8% de homens). Essa percepção aponta certamente que há vácuo de participação das mulheres no SUS nos estados do Sul e do Nordeste.

Apesar de os dados apontarem para uma equidade étnica de participação de brancos (49,9%) e negros (46,7%) na Conferência Nacional de Saúde, os percentuais restantes (3,4%) foram de indígenas e amarelos. Constatou-se que, entre as mulheres, a cor branca é predominante. No segmento usuário, entretanto, as mulheres negras têm maior percentual de delegadas.

A pesquisa também informou que a maior parte dos delegados tem mais de 40 anos. Essa foi uma indicação de que a participação de jovens nos fóruns do controle social deveria ser ampliada por meio de ações alternativas de mobilização.

O bom nível de escolaridade entre os delegados – a maioria possui ensino médio –, o que é, certamente louvável, pode, por outro lado, ser indicativo da necessidade de ações de inclusão da população com baixa escolaridade, portanto, mais vulnerável, nos espaços do controle social.

A pesquisa apontou para o fato de que a maioria dos delegados com bom nível de escolaridade possui formação em saúde, configurando assim um quadro em que delegados representando outros segmentos são na verdade profissionais de saúde, o que deve merecer reflexão para a modificação desse cenário.

A maioria dos delegados em todos os segmentos (gestão, trabalhador, servidor e usuário) possui ocupação principal no setor público, o que faz concluir que a conferência seja composta, em grande parte, pelo setor público. Aponta-se aí a necessidade de resgatar o papel constitucional do setor privado quanto à complementaridade da atenção à saúde.

Mais da metade dos delegados entrevistados na 12ª Conferência possui planos de saúde (51%), entretanto esse número é maior que o percentual dos delegados que informou ter utilizado um serviço privado da última vez que necessitou de um serviço de saúde, o que leva a supor que portadores de plano de saúde utilizaram o sistema público possivelmente em serviços de maior complexidade, em que o SUS é referência. Conclui-se que são necessárias ações para que o SUS seja reconhecido não somente pela excelência que oferece em serviços complexos, mas pela qualidade dos atendimentos básicos e de média complexidade que precisa oferecer à população. Outra inferência pertinente seria a da disseminação da idéia de que os planos de saúde se responsabilizassem pelos custos dos serviços utilizados pelos segurados na rede pública, num percentual similar aos da rede privada.

2 Organização de uma Rede de Observatórios de Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde

2.1 Introdução

A inclusão do direito à saúde como direito universal no texto constitucional de 1988 foi uma importante conquista no processo de construção da cidadania brasileira. Essa tendência da chamada *Constituição Cidadã* incorporou outras dimensões igualmente relevantes: a reafirmação do direito ao trabalho, à liberdade de expressão, à educação; a reorganização do Estado e a redefinição do pacto federativo, com ênfase na descentralização das políticas públicas e na participação social (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, 2000).

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), na forma em que foi concebido, ou seja, a partir do acúmulo gerado no processo da Reforma Sanitária, está posto o desafio da mudança do paradigma da saúde. Tal mudança envolve um outro modelo assistencial para a saúde, que somente se processará com o envolvimento e o esforço de todos os atores envolvidos no processo: gestores, profissionais e usuários. Na esfera legal e normativa acumularam-se muitos avanços e mudanças, que ainda não se processaram no âmbito operativo da atenção à saúde.

Para que esse novo paradigma se manifeste concretamente, será necessário que cada serviço de assistência se transforme em uma unidade de atenção à saúde. Isso requer mudança de cultura na instituição, nas vidas e nos valores dos trabalhadores e usuários do SUS. Envolve modificar consagrados conceitos de fazer saúde e a consciência de cada trabalhador, fazendo-o incorporar, na concepção que vai mediar seu trabalho, valores libertários, humanitários e de solidariedade (FRANCO, 1997).

As mudanças necessárias no espaço institucional estão relacionadas à prática e ao aperfeiçoamento para a gestão participativa. Entre estas, enumeramos a valorização dos profissionais, o redirecionamento da lógica de organização dos serviços para os usuários e, no plano do maior desafio, as mudanças subjetivas, tanto referidas aos trabalhadores quanto aos usuários, cujo objetivo é a construção de novos sujeitos na condição de atores sociais e políticos ansiosos por mudanças e capazes de realizá-las.

Toda ação controladora da sociedade sobre o Estado, por meio de instrumentos próprios específicos em relação ao SUS, insere-se no contexto do que chamamos controle social. Portanto, o controle social expressa o objetivo de controle da sociedade sobre a política de saúde. As Conferências e os Conselhos de Saúde, criados pela Lei nº 8.142/90, são instrumentos de controle social, embora não exclusivos. Há igualmente alternativas de importância estratégica para a sua efetivação. Entre estas, podem ser listadas:

- o voto sufragado na escolha dos governantes (executivos e legislativos) das diversas esferas de governo;
- o plebiscito criado pela Constituição Federal, art. 14, inciso I;
- o projeto de lei de iniciativa popular, criado pela Constituição Federal, art. 27, § 4º, e art. 29, inciso XI;
- o Ministério Público, cujas atribuições foram definidas na Constituição Federal, cap. IV, seção I, e respectivos artigos;
- os órgãos de defesa do consumidor, regulamentados nos termos da Constituição Federal, art. 5º, inciso XXXII, e art. 170, inciso V;
- a mobilização popular, por meio de mecanismos próprios das entidades populares e sindicais;
- os meios de comunicação próprios dos Conselhos e a mídia em geral.

A legislação que regulamenta a implantação do SUS cria os mecanismos para efetivar as condições dessa implantação¹ com a figura das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde existentes nas três esferas de governo. O Conselho de Saúde, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua em caráter permanente e deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, na instância correspondente (federal, estadual e municipal).

Essa forma de participação institucionalizada é definida por Carvalho (1995) como o “processo de inclusão no arcabouço institucional do Estado de estruturas de representação direta da sociedade”, o que converte os conselhos, na sua acepção, em “espaços estatais contra-hegemônicos”. Por outro lado, a gestão participativa pressupõe conselhos atuantes e deliberativos e conferências definindo prioridades locais, estaduais e nacionais, que devem pautar e definir as políticas de saúde que serão implementadas.

Em relação ao controle social exercido nas instâncias definidas pela Lei nº 8.142, constituiu-se a expectativa de que esses fóruns tivessem a “capacidade de influir sobre a gestão pública”, com o objetivo de “banir as práticas fisiológicas e clientelísticas que conduziram à privatização da ação estatal no Brasil” (BARROS, 1992) e, por essa forma, tornar o acesso aos resultados da ação do Estado menos iníquo e desigual.

Os Conselhos de Saúde são espaços de poder, de conflito e de negociação. Mas, nas condições sociopolíticas brasileiras, não há como deixar de reconhecer a assimetria entre os membros dos Conselhos de Saúde, especialmente no que se refere ao acesso e ao uso das informações, assim como a outros recursos de poder, o que dificulta o efetivo cumprimento dos seus objetivos.

A realização de seus fins pressupõe a existência de sujeitos políticos e sociais que atuem, que participem das decisões que os afetam, que lutem para determinar quais são os seus direitos e exigir o que for necessário para que possam usufruí-los. Sujeitos dotados de representatividade e de

¹ A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde foram regulamentadas pela Lei nº 8.142, de 28/12/1990.

legitimidade, pois a ação individual, ainda que importante, não é suficiente para a ação política. A ação política exige sujeitos coletivos que expressem o auto-reconhecimento e o reconhecimento do outro como portadores de direitos e de interesses. É isso que confere representatividade aos entes que congregam coletividades (COSTA; BARROS, 2000).

Segundo Barros (1994), ao participar de um conselho, as entidades representadas o fazem por meio de pessoas. Essas pessoas só podem exercer a parcela de poder que lhes é facultada se sua representatividade for reconhecida. É o reconhecimento que confere legitimidade e, portanto, poder à representação.

De acordo com a legislação, os conselhos devem ter uma representação popular, concebida nos seguintes termos: “a representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” (BRASIL, 1990). A definição da sua composição, no entanto, por si só não garante o caráter popular do conselho, definido aqui como democrático e identificado com os interesses populares. Uma composição ampla e representativa é fundamental ao cumprimento desse objetivo.

Os anos recentes de atuação dos conselhos evidenciam que esses organismos aglutinam forças emergentes da sociedade, surgindo como elemento novo no cenário das políticas de saúde no Brasil. São, por si só, questionadores da velha estrutura institucional, tecnocrática, centralizadora, autoritária e normativa, própria da tradição do Estado brasileiro. Caracterizam-se, portanto, como poderosos dispositivos de mudança no interior da estrutura organizacional da saúde e na modalidade de gestão. São as mudanças requeridas pela gestão participativa seguindo o desejo das forças mobilizadas e atuantes na sociedade (FRANCO, 1997).

Quanto ao caráter deliberativo do Conselho de Saúde, a lei é clara, adverte Dallari (1994); mas, na prática, ele depende da concepção política que abriga o conselho, do jogo de poder que se estabelece no seu interior e de suas relações com os gestores. O poder da legitimidade se manifesta na permeabilidade que o Conselho adota com relação às questões que são colocadas pelos diversos segmentos sociais representados, em especial os usuários dos serviços de saúde.

“Os conselheiros têm origem em diferentes segmentos, a saber: governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários” (BRASIL, 1990). Na eleição, os representados outorgam poder aos seus representantes, compondo aí elementos da democracia representativa, por meio da qual “o direito de fazer leis diz respeito a um corpo restrito de representantes eleitos por aqueles cidadãos a quem são reconhecidos direitos políticos” (BOBBIO, 1995). Estes, no conselho, não se constituem enquanto um organismo “acima” e separado das suas bases sociais. O vínculo permanente com o respectivo segmento deve estar expresso no exercício do controle direto dos atos do conselheiro ou por meio das suas entidades representativas. Esse controle e a revogabilidade dos mandatos conferem aos conselhos características de organismos de democracia direta.

Outro dado a ser analisado diz respeito ao fato de que os conselhos têm características de poder executivo e legislativo. De acordo com Guido Ivan de Carvalho, o conselho “auxilia tanto a Câmara Municipal na elaboração de leis como o Prefeito na execução das leis, e ambos, Câmara e Prefeito (e especialmente o dirigente municipal do SUS), na condução dos assuntos de saúde no Município” (CARVALHO; SANTOS, 1992).

Os conselhos podem representar um avanço na organização do Estado, colocando-o sob o controle permanente da sociedade e permitindo, por meio de um novo estatuto jurídico-institucional e da participação direta da população, que se estabeleçam novos padrões de relacionamento da comunidade com o governo e os serviços de saúde. Essa proposta de organização do Estado está no bojo do que hoje se denomina *gestão participativa*.

Os conselhos têm o poder político conferido pela lei, mas isso não tem sido suficiente para que se estabeleçam como “atores” políticos que são. Para acumular força para mudar a realidade, o

conselho deve utilizar os diversos recursos que pode mobilizar entre aqueles que possui ou que necessita adquirir e exercer efetivamente o controle social.

O conselho acumula recursos políticos pela inserção e mobilização social por um lado e por outro, sua capacidade de pressão sobre o Estado. Para isso, são necessárias uma comunicação com os segmentos sociais, por intermédio das suas entidades, e uma mobilização social formando opinião em defesa do SUS e do direito à saúde.

Os conselhos devem dispor de alguma estrutura física e de pessoal para o seu funcionamento. Sobre isso, o Conselho Nacional de Saúde definiu que “os organismos de Governo Estadual e Municipal deverão dar apoio e suporte administrativo para a estruturação e o funcionamento dos Conselhos, garantindo-lhes, inclusive, a dotação orçamentária. O Conselho de Saúde deverá ter, como órgãos, o Plenário ou Colegiado Pleno e uma Secretaria Executiva com assessoria técnica” (BRASIL, 1993).

Como esses recursos estão sob o controle do governo local, nem sempre o conselho consegue dispor deles. Isso tem causado uma estagnação política que dificulta a efetivação do controle social. Na verdade, isso ocorre porque muitos gestores têm uma visão de que os conselhos incomodam, são questionadores e, por isso, não querem contribuir para elevar o seu grau de poder. O gestor comprometido com a gestão participativa garante a atuação do conselho e lhe confere poder e respeito. Em muitos casos, é seu aliado na luta por recursos ou decisões que favorecem a saúde da população.

Os conselheiros devem acumular conhecimentos para sua melhor atuação e fortalecimento do poder do Conselho. O fato de o conhecimento no campo da saúde ser tradicionalmente um saber específico, restrito aos profissionais, gera um importante diferencial em relação aos usuários que se reflete no interior do conselho. Estes ficam, em certa medida, dependentes daqueles para que possam exercer efetivamente sua função e o poder decisório que possuem. No entanto, as capacidades e habilidades que devem ser fornecidas para os conselheiros representantes dos usuários não devem se confundir com as capacidades dos técnicos ou gestores institucionais.

Países como Canadá, França, EUA, Inglaterra e blocos, como a União Européia, além de órgãos, como a Unesco, ou universidades, como a de Liverpool, dispõem de observatórios que acompanham as políticas públicas, principalmente as políticas sociais, e outros temas de grande relevância para a sociedade. A temática da saúde aparece com destaque em todos eles. De maneira geral, os observatórios são entendidos como instrumentos que se voltam para a realidade social e tentam acompanhar o grau de resposta organizada da sociedade e dos governos no atendimento de demandas específicas. Objetivam, dessa forma, estender os marcos de intervenção para além das ações de controle, passando a intervir de maneira direta no cotidiano das ações de planejamento e de governo.

Vários objetivos encontram-se subjacentes à idéia de observatório, entre eles o de registrar informações, divulgar e disseminar dados, captar os interesses e os pontos de vista a respeito de fatos e, principalmente, contar com uma base capaz de apontar para as possibilidades de convergência de olhares – sociedade civil e Estado, leigos e profissionais, o popular e o científico, a demanda e a oferta, o informal/não-formal e o formal – na identificação e na resolução de questões.

Silvestre (2002) afirma que o modelo predominante é o observatório como uma forma de acompanhamento estratégico de políticas, ações e programas governamentais específicos, a curto, médio e longo prazos. Hemmings & Wilkinson (2003) apontam para a necessidade de definir com rigor suas finalidades, pois a utilização indiscriminada do termo, o modismo que o cerca e a ignorância a respeito dos requisitos para instalar e manter um observatório contribuem para que o termo venha a ser banalizado.

No Brasil, há experiências de algumas propostas de observatório, tais como a elaborada pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (2003), em defesa de uma instância de “inteligência em saúde” como um dos fundamentos do Observatório de Saúde da Região Metropolitana de Campinas.

O Instituto Pólis da PUC/SP realiza um acompanhamento das políticas públicas da cidade de São Paulo por meio do Observatório dos Direitos do Cidadão (INSTITUTO PÓLIS, 2003). O Centro de Informação e Tecnologia da Fundação Oswaldo Cruz elaborou uma *Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde*, que contém dados que servem para orientar tanto estudos quanto tomadas de decisões no setor (VIACAVA et al., 2004).

O *Liverpool Public Health Observatory* tem como principais propósitos: (1) a análise, (2) a síntese e (3) a interpretação da informação relevante à saúde para a tomada de decisões nos setores público, privado e de voluntariado. Ele também (1) compara e interpreta as informações no sentido de tratá-las como *lições aprendidas*; (2) enriquece as informações por meio de inquéritos especiais, da utilização de métodos epidemiológicos e da pesquisa social; (3) difunde as informações para as organizações apropriadas e para o público, por meio de relatórios, publicações científicas, vídeos, sítios, folhetos e brochuras, cursos, oficinas e seminários.

Siqueira e Carvalho (2003) apontam para o crescente interesse na criação de observatórios, programas e redes que colem, produzam e difundam informações baseadas em evidências, uma vez que redes de sindicatos, organizações comunitárias, agências governamentais e multilaterais, bem como universidades, produzem informações sobre fenômenos. Há, porém, segundo esses autores, a necessidade de certas garantias, sem os quais os observatórios estariam fadados ao insucesso: (1) articulação entre os integrantes; (2) desenvolvimento de linhas de acompanhamento de interesse comum; (3) possibilidade de estudos comparativos; (4) cooperação técnica nacional e internacional; (5) recursos para difusão.

Dessa forma, eles podem se transformar em importantes instrumentos de gestão de políticas, pois são plataformas de vigilância de políticas destinadas a alertar os tomadores de decisões sobre problemas existentes.

2.2 Objetivos

O projeto teve como finalidade oferecer subsídios para o estabelecimento de uma Rede Nacional de Observatórios de Gestão Participativa, desenvolvendo e testando um instrumento que contribua para isso.

Para tanto, buscou-se:

- identificar formas que podem vir a facilitar o monitoramento das ações dos conselhos em suas esferas de atuação, com especial atenção para sua institucionalização, sua representatividade, sua capacidade de funcionamento, o escopo de sua ação, sua interação com outros órgãos e agentes da sociedade, sua capacidade de identificar e processar as demandas da população; e
- identificar aspectos que dificultam o registro sistemático de sua ação e sugerir formas gradativas para superar o problema.

2.3 Metodologia

O projeto objetivou verificar aspectos dinâmicos dos conselhos, ou seja, os processos inerentes à condução e à gestão do sistema de saúde, nos âmbitos de sua competência (BRASIL, 1993, 2003a). Para tanto, desenvolveram-se:

- abordagens qualitativas operacionais como fontes de informação;

- a metodologia, os instrumentos, as variáveis escolhidas com referência a dimensões, mecanismos e dinâmicas que favorecerão a implementação, de fato, de um Observatório de Acompanhamento da Gestão Participativa;
- padrões de referência que foram aplicados aos casos estudados e que contêm questões referentes à estrutura, ao funcionamento e à visibilidade dos conselhos;
- um instrumento de acompanhamento complementar ao Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde;
- um instrumento de acompanhamento do Poder Legislativo, no que diz respeito à sua atuação na área da saúde.

2.3.1 Localização dos observatórios e dos municípios estudados

- Foram constituídos cinco pontos focais, um para cada região do país: Londrina, para a Região Sul; Belo Horizonte, para a Região Sudeste; Recife, para a Região Nordeste; Cuiabá, para a Região Centro-Oeste; e Manaus, para a Região Norte. Em cada núcleo foram constituídas equipe locais específicas para execução e apoio: na Região Norte, do Centro de Pesquisa Leônidas e Maira Deane (Fiocruz); na Região Nordeste, do Centro de Pesquisa Ageu Magalhães (Fiocruz); na Região Sudeste, do Nescom (UFMG); na Região Sul, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (UEL/PR); e na Região Centro-Oeste, do Instituto de Saúde Coletiva (UFMT).
- Na Região Norte, foram selecionados os seguintes estados: Amazonas, Pará, Roraima, Rondônia e Acre; na Região Nordeste: Pernambuco, Bahia, Ceará, Alagoas e Paraíba; na Região Sudeste: Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo; na Região Sul: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; na Região Centro-Oeste: Mato Grosso, Goiás e Mato Grosso de Sul.
- Considerando-se que o critério principal para a escolha dos municípios não deveria ser a capacidade de extrapolar para um conjunto de universos maiores, mas sim a possibilidade de investigar a partir da diversidade/heterogeneidade dos municípios, definiu-se como critério principal, comum a todos os estados, o tamanho da população, entre 50.000 e 1.000.000 de habitantes. Esse critério foi balizado por outras variáveis, definidas pelos núcleos regionais, levando-se em conta as diversidades entre os municípios e as características de cada estado/região. Por exemplo, na Região Norte, os estados têm poucos municípios com população acima de 50.000 habitantes.

Quadro 2 – Número de municípios selecionados segundo estado e região

Região/estado	Número de municípios
Região Norte	16
Amazonas	5
Pará	4
Roraima	1
Rondônia	4
Acre	2

Região/estado	Número de municípios
Região Nordeste	20
Pernambuco	4
Bahia	4
Ceará	4
Alagoas	4
Paraíba	4
Região Sudeste	16
Minas Gerais	4
Rio de Janeiro	4
São Paulo	4
Espírito Santo	4
Região Sul	12
Paraná	4
Santa Catarina	4
Rio Grande do Sul	4
Região Centro-Oeste	12
Mato Grosso	4
Goiás	4
Mato Grosso de Sul	4
Total	76

Na “Descrição dos Municípios-Caso Segundo Regiões” encontra-se a listagem de todos os municípios selecionados, suas respectivas populações e características gerais.

2.3.2 Variáveis e componentes

Um dos principais problemas metodológicos enfrentados por projetos que pretendem acompanhar processos institucionais é a tendência à limitação no enfoque sobre questões estruturais, impossibilitados de aprofundar o conhecimento sobre os modos de funcionar e as interações políticas que ocorrem no âmbito desses organismos. Entre as razões apontadas, citam-se, correntemente, a inexistência de dados, problemas de financiamento e a prática quase inexistente no país de acompanhamento da “*res publica*”. No entanto, são justamente esses aspectos dinâmicos dos Conselhos de Saúde e demais mecanismos participativos – o cotidiano de suas interações – que a Secretaria de Gestão Participativa e todos que acompanham a condução do SUS necessitam conhecer, dada a sua importância, para melhor configurar o modelo de atenção à saúde no país.

Tendo isso em mente e, na medida em que o projeto objetiva oferecer subsídios para o estabelecimento de uma Rede Nacional de Observatórios de Gestão Participativa no SUS, alguns aspectos foram levados em conta no sentido de garantir sua viabilidade futura:

- a criação de um protocolo que possa ser reproduzido e acompanhar a dinâmica dos conselhos ao longo do tempo;

- a coleta dos dados buscou a utilização de técnicas simples e diretas que permitam (1) sua utilização no âmbito dos serviços; e (2) a identificação imediata dos principais processos participativos que estão ocorrendo no país ou a ausência deles;
- o estabelecimento de padrões de referência para indicar se o conselho está cumprindo adequadamente sua missão;
- o acompanhamento baseado na noção de práticas virtuosas (boas práticas) na identificação de seus principais caracteres, em sua manutenção, divulgação e replicação.

A fim de acompanhar o funcionamento dos conselhos e a maneira como está se dando a gestão participativa no interior do SUS, este projeto buscou os dados já obtidos pelo Cadastro dos Conselhos de Saúde (MOREIRA; ESCOREL, 2004), que está realizando um levantamento dos conselhos existentes no país. No entanto, as informações não estavam disponíveis para todos os municípios deste estudo.

Variáveis que foram consideradas no desenho metodológico:

a) Composição do conselho: segundo a diretriz contida na Resolução nº 33/92 (BRASIL, 1993) e mantida na Resolução nº 333/03 (BRASIL, 2003a), já mencionada, o número de conselheiros deve obedecer aos seguintes critérios:

- 50% de entidades de usuários;
- 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;
- 25% de representação do governo e de prestadores de serviço contratados e conveniados, com ou sem fins lucrativos.

Ainda com relação a esse item, registraram-se:

- entidades de usuários que compõem o conselho;
- entidades de trabalhadores que compõem o conselho;
- entidades prestadoras de serviço que compõem o conselho;
- representantes do governo que compõem o conselho.

b) Existência de regimento interno;

c) Formas de indicação para o conselho;

d) Tempo de mandato;

e) Composição da mesa;

f) Periodicidade das reuniões;

g) Participação dos conselheiros:

- formas de votação e arbítrio;
- sessões abertas/fechadas;
- prestação de contas;
- dotação orçamentária;
- espaço físico para o funcionamento;
- dotação de infra-estrutura;
- principais temas que constam das pautas de discussão;
- temas discutidos para além daqueles legalmente atribuídos ao Conselho;

- temas específicos como DST, atenção à mulher, doenças coronárias, doença mental e/ou assistência farmacêutica;
- interlocução do conselho com a Comissão de Saúde da Câmara e com o Ministério Público;
- interlocução do conselho com outros organismos de representação;
- formas de divulgação da ação do conselho;
- dificuldades para acompanhar a matéria deliberada.

2.3.3 Instrumentos

Ressaltou-se a necessidade de elaborar diferentes instrumentos para as diferentes frentes, de acordo com questões pertinentes e identificáveis, a partir de cada “respondente”.

Foram elaborados dois instrumentos para a coleta das informações, um voltado para os conselhos municipais e estaduais de saúde, outro para o Poder Legislativo.

A elaboração dos instrumentos baseou-se na Resolução nº 333/03, na Resolução CNS nº 33/92 e nas Recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde. No caso do instrumento voltado para a avaliação da dinâmica de atuação do Poder Legislativo, no que diz respeito à área da Saúde, utilizou-se como base pesquisa feita sobre regulamentos de comissões de saúde do legislativo estadual e municipal, além de leis específicas que tratam da saúde, como a Lei de Responsabilidade Fiscal.

2.3.4 Fontes de informação

As fontes de dados para averiguar o funcionamento das instituições pesquisadas foram as seguintes:

- entrevistas com conselheiros e parlamentares;
- livro de atas dos conselhos;
- documentos legais e regimentais e outras resoluções;
- materiais impressos sobre o tema;
- dados do Projeto Cadastro dos Conselhos de Saúde (MOREIRA; ESCOREL, 2004).

2.3.5 Operacionalização

O período priorizado para o levantamento de dados nas instituições compreendeu os anos de 2003 e 2004. Em cada conselho, procurou-se entrevistar quatro pessoas, uma de cada segmento: usuários, profissionais de saúde (trabalhadores), prestadores privados ou filantrópicos, gestores (governo). Na falta de um representante desses segmentos, entrevistou-se a(o) secretária(o) executiva(o) ou o assessor do conselho naquele período.

O contato inicial com os conselhos municipais de saúde se deu por meio de carta enviada pelo Ministério da Saúde, apresentando a pesquisa e seus objetivos. A seguir, os pesquisadores mantiveram contatos telefônicos com as secretarias executivas dos conselhos, explicando a proposta do trabalho e verificando a disponibilidade e o interesse na participação. Não houve casos de recusa e, dessa forma, foram solicitadas informações gerais sobre o funcionamento dos conselhos e indicações de representantes de cada segmento, para o agendamento das entrevistas.

Confirmada a participação do CMS, foi: (a) feito o contato com o legislativo, com identificação do vereador presidente da comissão de saúde; (b) mantido contato telefônico; (c) explicado o objetivo da pesquisa; (d) verificada a disponibilidade de participação; e (e) agendado horário para realização da entrevista.

Foram entrevistadas 416 pessoas, entre representantes:

- dos conselhos municipais de saúde (300);
- dos conselhos estaduais de saúde (20); e
- do Poder Legislativo (96).

2.3.6 Análise do material

A análise incidiu sobre aspectos de participação do setor civil na área pública, beneficiando-se da discussão de Rowe e Frewer (2000) e do que ele denominou *critérios de aceitação* e *critérios de processos*. Nem todos os critérios estipulados pelo autor foram utilizados, dadas as diferenças entre o sistema político inglês e o brasileiro; no entanto, eles constituíram um leque interessante de critérios. Os instrumentos aplicados buscaram examinar a viabilidade de cada um.

Entre os critérios de aceitação, considerados no âmbito desse projeto, estão:

- o critério de representatividade: os participantes do conselho devem constituir-se numa amostra representativa da população, no que se refere à saúde;
- o critério de independência: o processo participativo deve ser conduzido de forma independente e livre de influências indevidas;
- o critério de engajamento imediato: o público deve estar envolvido com os processos tão logo um tema seja considerado pertinente;
- o critério de influência: o resultado de todo o processo deve ter impacto, levando a uma medida administrativa ou política;
- o critério de transparência: os processos devem ser transparentes, de forma que o público possa saber o que está acontecendo e como as decisões são tomadas.

Entre os critérios de processos:

- critério de acesso aos recursos: os participantes devem ter acesso aos recursos apropriados, que lhes permitem desempenhar bem e rapidamente a sua missão;
- critério de definição de tarefas: a natureza e o escopo da participação numa dada tarefa devem estar claramente definidos;
- critério de tomada de decisão estruturada: o exercício da participação deve usar e prover mecanismos adequados para que o processo de tomada de decisões seja estruturado e compartilhado.

Na análise, além da aplicação dos critérios de Rowe e Frewer (2000), cada observatório fez uma descrição dos resultados obtidos com a aplicação dos padrões, segundo os estados e municípios selecionados.

Não houve intuito deliberado de comparar os casos entre si por tratar-se de processos profundamente vinculados com aspectos mais gerais do contexto social.

2.4 Instrumentos

Conforme assinalado anteriormente, foram elaborados dois instrumentos, destinados à avaliação dos conselhos municipais e estaduais de saúde e do Poder Legislativo.

A elaboração dos instrumentos se pautou pela noção de boas práticas e de padrões que devem informá-las. Por boas práticas se entende o desenvolvimento continuado das atividades desempenhadas, pautado em protocolos de ação (ou manuais), visando ao seu aperfeiçoamento e à ocorrência mínima de erros ou erro zero. Os padrões consistem em ferramentas conceituais que balizam o exercício das práticas e permitem aferir seu cumprimento.

Esses conceitos derivam da introdução, na última década do século XX, de tecnologias voltadas à obtenção de melhorias contínuas de qualidade, certificação e acreditação. Por exemplo, para os sistemas de acreditação, o padrão “é uma declaração de expectativas relativas ao grau ou ao nível de excelência ou, ainda, ao que é possível alcançar quanto à qualidade do desempenho hospitalar” (CBA). São elaborados a fim de estimular esforços para a melhoria contínua das instituições acreditadas.

A metodologia de acreditação tem sido cada vez mais utilizada no âmbito dos serviços de saúde, expandindo-se para outras áreas, como a educacional, onde tem sido vista como um mecanismo adequado para regular a qualidade de cursos voltados explicitamente para serviços (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, 2000).

Os instrumentos apresentam, além dos padrões, sempre fixados a partir dos dispositivos legais, seus respectivos propósitos, formas de verificação (fontes) e de apuração. Esta última está baseada no critério de graus de conformidade da resposta apurada com o padrão estabelecido. A avaliação da conformidade recebeu notas 10, 5 ou zero, de acordo com o cumprimento verificado, integral, parcial ou com a não-conformidade, respectivamente. No caso de padrões, cuja aferição dependia da apuração de seus respectivos subpadrões, foi estabelecido um sistema de pontuação semelhante, como: 10 = para a conformidade integral dos “n” subpadrões; 5 = para a conformidade de subpadrões (n - 1 ou 2); e 0 = não-conformidade.

Os instrumentos foram testados no Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e com um parlamentar da Assembléia Legislativa do mesmo estado.

2.4.1 Conselho Municipal de Saúde e Conselho Estadual de Saúde

O instrumento destinado aos Conselhos consta de cinco módulos:

- Definição e Criação – DEF

Neste capítulo, os padrões definidos abordam a legitimidade dos conselhos de saúde como parte integrante do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis de atuação. O Conselho de Saúde foi previsto em lei como instância colegiada de caráter permanente, deliberativo e composto por representantes do governo, de prestadores de serviço, de profissionais de saúde e de usuários. Objetiva atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância governamental correspondente. Suas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

- Composição e Representatividade – COR

A composição do Conselho de Saúde foi prevista em lei e objetiva garantir a participação de todos os atores envolvidos com a implantação do SUS, como representantes de governo em suas três instâncias, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. É importante que os conselhos apresentem a composição prevista em lei. Essa composição deve, ainda, ser representativa dos diferentes segmentos que compõem o conselho, expressando os diferentes pontos de vista, mesmo dentro de um mesmo segmento, como o de usuários ou de prestadores. Implica, ainda, o exercício da vinculação permanente dos conselheiros com suas entidades de origem, as quais representam e

das quais receberam poder decisório, propiciando uma mobilização constante em torno das questões da saúde e do SUS.

- Funcionamento – FUN

A independência no processo decisório é fundamental no processo de gestão participativa. Para tanto, é necessário que o conselho detenha condições próprias de atuação, sejam físicas ou financeiras, de modo que suas decisões sejam autônomas e desvinculadas dos interesses específicos do órgão gestor. A acessibilidade aos recursos é, ainda, uma garantia de que a missão do conselho será cumprida, uma vez que restrições de recursos podem vir a comprometer a qualidade do seu desempenho. Essa independência é também assegurada quando se promovem garantias para o livre exercício do mandato dos conselheiros.

A construção coletiva da agenda de discussões demonstra, por um lado, a permeabilidade dos conselheiros às questões colocadas pelos distintos segmentos participantes e, por outro, traduz a independência na identificação de prioridades para o debate e as decisões.

O regimento interno (ou as normas de funcionamento) constitui-se em instrumento de balizamento para todas as atividades do conselho. Seu conhecimento por todos os participantes iguala, em princípio, as capacidades de participação e de negociação dos conselheiros e de respeito às diferenças.

A transparência da atuação do conselho pode ser avaliada por meio do exercício permanente de divulgação das suas decisões e atividades à sociedade em geral.

- Processo Decisório – PDC

O processo de gestão participativa deve ser amparado em mecanismos apropriados para estruturar o processo decisório, de modo a garantir o exercício da democracia e a credibilidade. A transparência é alcançada mediante a divulgação das decisões por intermédio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos, homologados pelo gestor e publicados em veículo oficial.

- Atribuições – ATB

O conjunto de atribuições legalmente definidas para os conselhos de saúde aportam a expectativa de uma efetiva influência sobre a gestão pública, por meio da definição de prioridades e de recursos e da avaliação permanente do desempenho.

O impacto da atuação do conselho sobre as políticas públicas de saúde demonstra a qualidade do exercício do controle social, evitando que os conselhos sejam vistos burocraticamente como órgãos de consulta ou de ratificação de decisões previamente tomadas pelo gestor. Quanto mais precoce for esse envolvimento nas decisões sobre a política de saúde, maior será o grau de gestão participativa e de controle social. Isso implica não somente aprovar os planos e a proposta orçamentária elaborados pelo gestor local, mas também definir estratégias, critérios e diretrizes para os planos e programas de saúde e para a alocação de recursos financeiros, bem como para a avaliação do SUS.

A interação do conselho com outros órgãos do Governo, do Legislativo e do Judiciário expande seus limites de atuação, contribuindo para que a saúde se torne uma política de Estado, inserida em todas as instâncias da sociedade.

Cada um desses módulos apresenta padrões construídos a partir das recomendações legais previstas na Resolução nº 333/03, na Resolução CNS nº 33/92 e nas Recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde. Foram definidos 55 padrões e 33 subpadrões, distribuídos de acordo com os respectivos módulos conforme quadro a seguir.

Quadro 3 – Módulos e padrões

Módulo	Número de padrões	Número de subpadrões
Definição e Criação – DEF	2	-
Composição e Representatividade – COR	12	3
Funcionamento – FUN	11	15
Processo Decisório – PDC	2	2
Atribuições – ATB	28	13

2.4.2 Poder Legislativo

Cabe ao Poder Legislativo legislar sobre todas as matérias de competência local, entre as quais o Plano Plurianual, as diretrizes orçamentárias e o orçamento anual, elaborados pelo Poder Executivo, o que implica discutir as políticas e acompanhar as ações desenvolvidas, tendo como bem maior a defesa da saúde dos cidadãos.

A interação entre o Poder Legislativo e os conselhos de saúde é desejável, permeando os canais de comunicação e possibilitando a aplicação de instrumentos legais para que a sociedade, de forma organizada, contribua, objetiva e eficazmente, para o crescimento e o aprimoramento do SUS e a melhoria da qualidade da assistência prestada.

Da mesma forma, o relacionamento com os gestores e com o Ministério Público, defensor dos direitos do cidadão, aponta para a construção de um pacto de gestão participativa, cujo interesse maior é o bem comum.

Com base nessas premissas, foi elaborado o instrumento aplicado ao Poder Legislativo, com uma estrutura mais simples, calcada na aferição do cumprimento de atividades na área de políticas de saúde e da articulação que porventura estabeleça com outras instituições para o debate dessas questões.

Apresenta, ainda, um levantamento geral dessa instituição, com informações sobre o número de parlamentares da área da Saúde, a existência de comissão de saúde e seu funcionamento, bem como os partidos representados no Parlamento.

Foram definidos 23 padrões e 9 subpadrões, distribuídos de acordo com a finalidade de avaliação, conforme quadro a seguir.

Quadro 4 – Número de padrões e subpadrões

Objeto do padrão	Número de padrões	Número de subpadrões
Atividades desenvolvidas	13	9
Articulações mantidas	10	-

2.5 Análise consolidada dos resultados

Conforme dito anteriormente, a análise levou em conta os critérios estabelecidos por Rowe e Frewer (2000): critérios de aceitação e critérios de processos. Nem todos os padrões construídos foram enquadrados segundo os critérios estipulados pelo autor, dadas as diferenças entre o sistema político inglês e o brasileiro. No entanto, todos foram analisados nos perfis regionais.

2.5.1 Conselhos Municipais de Saúde

Critérios de Aceitação

a) Critérios de Representatividade:

- Com base nesse critério, é verificado se os conselhos são compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de representantes do governo e de prestadores de serviços.
- Há equilíbrio na composição de representantes do governo e de prestadores de serviço.

Quanto aos conselhos municipais, houve registro de não-conformidade ao padrão em municípios analisados nas regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste.

Com relação ao equilíbrio entre governo e prestadores, o padrão foi cumprido integral ou parcialmente na maioria dos conselhos municipais de saúde analisados, com exceção dos estudados na Região Sudeste.

b) Critério de Independência:

- Não há entre os representantes dos usuários prestadores de serviço, trabalhadores de saúde ou ocupantes de cargo de confiança na Secretaria de Saúde.

O mandato dos conselheiros não coincide com o mandato do governo estadual/municipal. Na maioria dos conselhos municipais estudados, não há entre os representantes dos usuários prestadores de serviço, trabalhadores de saúde ou alguém que ocupe cargo de confiança na Secretaria de Saúde.

Registrou-se:

- a presença de trabalhadores de saúde entre usuários em pelo menos um município de todas as regiões;
- a presença de prestadores de serviço de saúde entre usuários em municípios das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Norte;
- a presença de pessoas comissionadas em conselhos municipais de saúde dos municípios estudados nas regiões Nordeste e Norte.

Na maioria dos conselhos municipais de saúde analisados, os mandatos não coincidem, embora tenha havido registro de não-cumprimento do padrão em municípios de todas as regiões.

c) Critério de Engajamento Imediato:

- Com base nesse critério, é verificado se os conselhos atuam no controle da execução das políticas de saúde.

É avaliado se os conselhos analisam, discutem e aprovam o relatório de gestão; se examinam os problemas de saúde mais relevantes (doenças sexualmente transmissíveis/aids, doenças do coração, doenças mentais, assistência farmacêutica) e se examinam os problemas de saúde de grupos específicos. Entre os conselhos municipais de saúde, a maioria cumpre integralmente o padrão relativo ao relatório de gestão, exceto nos municípios estudados das regiões Norte e Nordeste.

Quanto ao controle da execução das políticas de saúde, para a grande maioria dos conselhos municipais de saúde analisados houve registro parcial desse padrão.

No tocante ao exame dos problemas de saúde mais relevantes, aos temas e aos problemas de saúde de grupos específicos, a grande maioria cumpre parcialmente os padrões, com registros de não-cumprimento em municípios de todas as regiões.

d) Critério de Influência:

- A plenária do conselho se manifesta por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.
- As resoluções são homologadas pelo chefe do poder constituído em 30 dias e publicadas em diário oficial.
- Quando uma resolução não é justificadamente homologada pelo gestor, pode-se buscar a validação desta, recorrendo-se ao Ministério Público ou ao Poder Legislativo.

Nos conselhos municipais de saúde houve, em sua maioria, cumprimento total ou parcial do padrão, no que diz respeito à manifestação por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos, com registros de não-cumprimento em municípios estudados de todas as regiões.

As resoluções não são homologadas pelo chefe do poder constituído na maioria dos conselhos municipais de saúde estudados das regiões Nordeste e Centro-Oeste.

Apenas nos municípios das regiões Sudeste e Sul, a maioria dos conselhos municipais de saúde pesquisados respondeu que cumpre total ou parcialmente o padrão que afere o ato de recorrer ao Ministério Público ou ao Poder Legislativo quando uma resolução não é justificadamente homologada pelo gestor.

e) Critério de Transparência:

- As reuniões plenárias são abertas ao público. Por meio desse critério, é verificado se os conselhos divulgam seus trabalhos e suas decisões pelos meios de comunicação disponíveis.

As reuniões plenárias são abertas ao público em todos os conselhos municipais de saúde estudados.

A divulgação dos trabalhos e das decisões não ocorre nos conselhos municipais de saúde pesquisados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Critérios de Processo

a) Critério de Acesso aos Recursos:

- É verificado se são fornecidas condições para o pleno exercício das atividades dos conselheiros (dispensa do trabalho para participar de reuniões, capacitações; se são fornecidas condições e garantias pessoais para o pleno exercício de suas funções). É avaliado se a pauta e o material de apoio às reuniões são encaminhados aos conselheiros com antecedência.
- É verificado se os conselhos tem secretaria executiva e estrutura administrativa.

É aferido se os conselhos gerenciam seu próprio orçamento. Nos conselhos municipais de saúde analisados, a maioria tem secretaria executiva e estrutura administrativa, atendendo ao padrão de forma integral ou parcial, com registros de não-cumprimento em pelo menos um município em todas as regiões.

A maioria dos 80 conselhos municipais de saúde pesquisados não gerencia o próprio orçamento.

Quanto às condições para o pleno exercício de suas atividades, para a maioria dos conselhos estudados registrou-se atendimento parcial ao padrão. Apenas na Região Nordeste não foi identificado nenhum conselho municipal de saúde, entre os 20 analisados, que não o cumprisse.

Na maioria dos conselhos municipais de saúde objetos de estudo, a pauta é encaminhada com antecedência suficiente. Quanto ao material de apoio às reuniões, a tendência foi o atendimento parcial ao padrão.

b) Critério de Definição de Tarefas:

- Por meio desse critério, é verificado se o regimento interno é de conhecimento dos conselheiros.
- É avaliado se o conselho se articula com o Poder Legislativo e o Ministério Público.

Na maioria dos conselhos municipais de saúde estudados, o regimento interno é de conhecimento dos conselheiros, tendo ocorrido cumprimento total ou parcial do padrão.

A articulação com o Poder Legislativo não foi referida na maioria dos conselhos municipais de saúde observados nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. No Sul e no Sudeste, a maioria cumpriu o padrão parcialmente.

Nas regiões Nordeste e Norte, a maioria dos conselhos municipais de saúde analisados não cumpre o padrão relativo à articulação com o Ministério Público.

c) Critério de Tomada de Decisão Estruturada:

- Com base nesse critério, é verificado se os conselheiros aprovam a pauta em plenária.
- Verifica-se também se os temas examinados são debatidos com as entidades representadas por membros integrantes dos segmentos dos usuários, dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviço.

A maioria dos conselhos municipais de saúde analisados aprova a pauta em plenária de modo integral ou parcial. Alguns conselhos de municípios pesquisados das regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste não alcançaram o cumprimento do padrão.

A maioria dos representantes dos usuários, dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviço nos conselhos municipais de saúde estudados não debate os temas examinados nas reuniões com suas respectivas entidades, principalmente nos municípios observados nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste.

2.5.2 Conselhos Estaduais de Saúde

Critérios de Aceitação

a) Critério de Representatividade:

- Com base nesse critério, é verificado se os conselhos são compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de representantes do governo e de prestadores de serviço.

É avaliado se há equilíbrio na composição de representantes do governo e de prestadores de serviço. Todos os conselhos estaduais de saúde analisados cumpriram o padrão, exceto o colegiado estudado da Região Centro-Oeste.

b) Critério de Independência:

- Com base nesse critério, é verificado se não há, entre os representantes dos usuários prestadores de serviço e trabalhadores de saúde, ocupantes de cargo de confiança na Secretaria de Saúde.

Além disso, é verificado se o mandato dos conselheiros não coincide com o mandato do governo estadual/municipal. Todos os conselhos estaduais de saúde (CES) pesquisados atenderam aos padrões, exceto o da Região Norte, no que diz respeito à coincidência de mandatos.

c) Critério de Engajamento Imediato:

- Por esse critério, é verificado se os CES atuam no controle da execução das políticas de saúde.

Além disso, é verificado se os CES analisam, discutem e aprovam o relatório de gestão; se examinam os problemas de saúde mais relevantes (doenças sexualmente transmissíveis/aids, doenças do coração, doenças mentais, assistência farmacêutica) e se examinam os problemas de saúde de grupos específicos. Quanto ao controle da execução das políticas de saúde e análise, discussão e aprovação do relatório de gestão, os cinco CES estudados mostram comportamento pouco uniforme. No CES da Região Centro-Oeste, não há cumprimento dos padrões.

No tocante ao exame dos problemas de saúde mais relevantes, de temas específicos e grupos populacionais com determinadas características, a grande maioria dos CES estudados cumpre parcialmente os padrões, sendo que os conselhos das Regiões Centro-Oeste e Sudeste registraram que não examinam os problemas de saúde mais relevantes.

d) Critério de Influência:

- Com base nesse critério, é verificado se a plenária do conselho se manifesta por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.
- Além disso, é verificado se as resoluções são homologadas pelo chefe do poder constituído em 30 dias e publicadas em diário oficial.
- Quando uma resolução não é justificadamente homologada pelo gestor, os conselhos podem buscar a validação desta, recorrendo ao Ministério Público ou ao Poder Legislativo.

Em todos os CES analisados, o pleno do conselho se manifesta por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.

As resoluções não são homologadas pelo chefe do poder constituído nos CES pesquisados das regiões Sul e Nordeste.

O ato de recorrer ao Ministério Público ou ao Poder Legislativo foi registrado em todos os CES estudados, exceto nos da Região Centro-Oeste.

e) Critério de Transparência:

- Com base nesse critério, é verificado se as reuniões plenárias são abertas ao público e se os conselhos divulgam seus trabalhos e suas decisões pelos meios de comunicação disponíveis.

As reuniões plenárias são abertas ao público em todos os CES estudados.

A divulgação dos trabalhos e das decisões ocorre em todos os CES analisados, exceto no da Região Centro-Oeste.

Critérios de Processos

a) Critério de Acesso aos Recursos:

- Com base nesse critério, é verificado se são fornecidas condições para o pleno exercício das atividades dos conselheiros (dispensa do trabalho para participar de reuniões, capacitações; condições e garantias pessoais para o pleno exercício de suas funções). Verifica-se, também, se a pauta e o material de apoio às reuniões são encaminhados aos conselheiros com antecedência.
- Verifica-se, ainda, se os colegiados dispõem de secretaria executiva e estrutura administrativa e se gerenciam seu próprio orçamento.

Todos os CES estudados têm secretaria executiva e estrutura administrativa.

Os CES pesquisados das regiões Sul e Sudeste não gerenciam o próprio orçamento.

Quanto às condições para o pleno exercício de suas atividades, para a maioria dos CES estudados registrou-se atendimento parcial ao padrão.

Em todos os CES objeto de estudo, a pauta é encaminhada com antecedência suficiente. Quanto ao material de apoio às reuniões, a tendência foi o atendimento parcial ao padrão.

b) Critério de Definição de Tarefas:

- Com base nesse critério, é verificado se o regimento interno é de conhecimento dos conselheiros.
- Além disso, é avaliado se o conselho se articula com o Poder Legislativo e o Ministério Público.

Em todos os CES vistos, o regimento interno é de conhecimento dos conselheiros.

A articulação com o Poder Legislativo não foi referida nos CES analisados das regiões Norte e Centro-Oeste. O padrão de articulação com o Ministério Público foi atendido parcial ou integralmente na maioria dos CES pesquisados.

c) Critério de Tomada de Decisão Estruturada

- Por meio desse critério, é avaliado se os conselheiros aprovam a pauta em plenária.
- Verifica-se, ainda, se os temas examinados são debatidos com as entidades representadas: usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviço.

A maioria dos CES analisados aprova a pauta em plenária de modo integral ou parcial, exceto os CES estudados nas regiões Centro-Oeste e Sudeste.

Quanto ao debate dos temas examinados nas reuniões com suas respectivas entidades, nos CES analisados registrou-se cumprimento integral ou parcial do padrão apenas para a representação de trabalhadores de saúde. Com relação às representações de outros segmentos, o debate ocorre de forma irregular, com maior evidência nos conselhos pesquisados nas regiões Norte e Centro-Oeste.

2.5.3 Poder Legislativo

Critérios de Aceitação

a) Critério de Representatividade:

Considerando a existência de comissão de saúde no Legislativo como indicador desse critério, verifica-se que, apenas nos municípios estudados das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, o Poder Legislativo municipal dispõe de comissão de saúde.

Todas as assembleias legislativas estudadas contam com comissões.

Dos 80 municípios estudados, 12 não têm vereadores da área da Saúde nas respectivas câmaras, com maior frequência naqueles da Região Norte.

A proporção de parlamentares da área da Saúde nas Assembleias Legislativas varia de 8% nos municípios pesquisados da Região Centro-Oeste a cerca de 20% nos das regiões Norte e Nordeste.

Nas câmaras de vereadores, a proporção de parlamentares da área da Saúde varia de 10% nos municípios estudados da Região Norte a 25% nos da Região Sul.

Tomando-se por base a participação do Poder Legislativo nas conferências estaduais e municipais de saúde, verifica-se o cumprimento integral ou parcial do padrão na maioria dos municípios estudados.

Observou-se menor ocorrência do registro de participação do Legislativo nas conferências municipais nos municípios estudados das regiões Centro-Oeste e Norte.

No entanto, quando se buscou avaliar as matérias examinadas pelo Poder Legislativo municipal, em um quarto dos municípios estudados de todas as regiões não houve conformidade do padrão.

O Poder Legislativo nos estados analisados recebe, analisa e avalia reclamações, consultas e denúncias relativas à situação de saúde local e encaminha indícios de denúncias sobre ações e serviços de saúde.

No Poder Legislativo municipal, há menor tendência ao encaminhamento de denúncias, principalmente nos municípios das regiões Norte e Centro-Oeste.

b) Critério de Transparência:

De modo geral, verificou-se que há transparência nos processos que envolvem questões de saúde.

Observou-se que a notificação ao Poder Legislativo sobre a liberação de recursos financeiros efetuada, a qualquer título, para os municípios, embora obrigatória por lei, não é cumprida regularmente. Entre as assembleias legislativas analisadas, a estudada na Região Centro-Oeste foi a única que não registrou recebimento desse tipo de informação.

Critérios de Processos

a) Critério de Acesso aos Recursos:

O pronunciamento do gestor municipal no respectivo Legislativo, com prestação de contas de suas atividades à sociedade, embora previsto em lei, não é acompanhado, em geral, pelos parlamentares das câmaras de vereadores.

No parlamento estadual, esse processo ocorre com maior frequência, exceto nos estados estudados das regiões Norte e Nordeste.

b) Critério de Definição de Tarefas:

Para garantir os espaços no processo de gestão participativa, julga-se adequado assegurar clareza sobre o exercício dos papéis, dos atores, dos resultados esperados e das formas de proceder. A articulação entre o Poder Legislativo e o conselho municipal de saúde seria instrumento de esforço cooperativo.

No entanto, quase metade dos vereadores entrevistados, em todos os municípios estudados, afirmaram não haver articulação entre eles e o conselho municipal de saúde.

2.6 Conclusões

No âmbito dos conselhos municipais de saúde, observou-se um desempenho ainda precário, com fragilidade no acompanhamento da execução da política de saúde, uma articulação ainda incipiente com outras instâncias da sociedade organizada, dependência do Poder Executivo e pouca comunicação com as entidades representadas. Com relação aos conselhos municipais e distritais de saúde, não estão claras a definição de papéis e a idéia de complementaridade das ações para a melhoria de saúde da população.

No âmbito do Poder Legislativo, identificou-se que o parlamento atua prioritariamente nas demandas encaminhadas pelo Poder Executivo, sendo, de modo geral, pouco propositivo em relação às políticas de saúde e à gestão do SUS.

Ficaram bastante evidentes, durante as entrevistas, a falta de conhecimento dos conselheiros sobre os instrumentos que pautam as ações de controle social, como a Resolução nº 333, a tendência a uma postura ainda muito reivindicativa e a patente troca de interesses.

Os entrevistados encaminharam algumas reivindicações, como:

- atividades de capacitação para os conselheiros;
- acesso aos documentos da secretaria de saúde;
- maior autonomia para as ações e decisões do conselho;
- documentos oficiais em linguagem acessível;
- mais informações do Ministério da Saúde;
- retorno dos resultados desta pesquisa.

Quanto aos instrumentos elaborados neste projeto, constatou-se que permitiram a obtenção de um panorama geral dos conselhos de saúde e dos Poderes Legislativos pesquisados. Favoreceram, também, a difusão de novas informações para os conselhos e para o Poder Legislativo sobre funções, atribuições, capacidades e possibilidades para o controle social. Mesmo em conselhos mais estruturados, a pesquisa contribui muito para a auto-reflexão sobre o papel do conselho e dos conselheiros. Por outro lado, a pesquisa, ao mobilizar os conselhos, gera demandas sobre capacitação e desenvolvimento de informações.

Verificou-se, ainda, que o roteiro extenso da entrevista dificultou os trabalhos de coleta de informações e que há necessidade de aperfeiçoar algumas questões, incluindo a adaptação dos termos do instrumento, de modo a facilitar o entendimento dos entrevistados.

Como recomendações preliminares, são sugeridos:

- a divulgação dos resultados deste trabalho aos conselhos de saúde e ao Poder Legislativo pesquisados, bem como ao Conselho Nacional de Saúde;
- o estímulo às correções de distorções quanto à representatividade dos conselheiros;
- os incentivos ao efetivo exercício do acompanhamento da execução da política de saúde pelo conselho de saúde;
- o estímulo à busca de articulação do Conselho de Saúde com outras instâncias da sociedade organizada;
- a realização de processos de capacitação para os conselheiros;
- os incentivos à gestão participativa do Poder Legislativo;
- a divulgação dos resultados ao Fundo Nacional de Saúde quanto à ausência de notificação do Poder Legislativo sobre a liberação de recursos financeiros.

Como desdobramentos futuros do projeto, entende-se que serão necessárias: a ampliação da cobertura; a identificação de outros espaços da gestão participativa que não foram contemplados nesse momento do projeto; oficinas para criar espaços de reflexão com as secretarias executivas, uma vez que as secretarias estaduais são responsáveis pela capacitação, e a continuidade do projeto de educação continuada (pólos de educação permanente).

Com a rede de observatórios funcionando, novos patamares podem ser estabelecidos e outras variáveis podem ser agregadas, de forma a elevar cada vez mais os padrões de referência. E, ainda, pode ser buscada a criação de formas de estocar e disponibilizar informações de natureza variada (dados, análises, sítios interativos, estudo de casos, resoluções, teses, outras publicações, etc.) e sua origem (estados, regiões, municípios, serviços, movimentos sociais organizados, etc.).

3 (Re)Visitando as Últimas Conferências Nacionais de Saúde

(Resumo do estudo crítico sobre as abordagens temáticas nas Conferências Nacionais de Saúde)

3.1 Introdução

Este documento, oriundo de uma demanda do Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, apresenta o relatório final de atividades do projeto de pesquisa relativo ao estudo de quatro Conferências Nacionais de Saúde, da 8ª à 11ª, ocorridas nos anos de 1986, 1992, 1996 e 2002, respectivamente.

Esta pesquisa, financiada pela Opas e pela própria SGEP, foi coordenada por Ruben Araújo de Mattos, professor do Instituto de Medicina Social da Uerj e doutor em Saúde Coletiva, e sua execução contou com uma equipe de quatro pesquisadores (Ana Débora Santana, Francini Lube Guizardi, Gustavo da Matta e Márcia Constância Gomes) e uma consultora (Roseni Pinheiro).

O material da pesquisa foi os relatórios das quatro Conferências Nacionais de Saúde, entre a 8ª e a 11ª, submetidos à análise crítica da equipe de pesquisa, sob a coordenação de Ruben Mattos. O trabalho, desde suas origens e sua idealização, se consolidou num estreito diálogo entre a equipe de pesquisa e a SGEP, na figura de Ana Maria Costa.

São apresentados a seguir, respectivamente, o texto de base do projeto, que descreve detalhadamente a sua concepção e o seu desenho metodológico, e um resumo do texto final, que foi apresentado na 12ª Conferência.

Cabe frisar aqui o agradecimento à Opas, sem a qual a realização do projeto seria impossível, e ao Ministério da Saúde, que instigou a realização deste estudo, bem como acompanhou detidamente todos os seus desdobramentos.

3.2 Para uma releitura dos relatórios das últimas Conferências Nacionais de Saúde: posicionamentos metodológicos

A seguir, são explicitadas as principais opções metodológicas subjacentes à realização do estudo sobre os relatórios finais das 8ª, 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde. Estes foram escolhidos como objeto privilegiado de análise devido à sua importância como instrumento de mediação entre as próprias conferências e o cotidiano da formulação de políticas.

Há vários modos de examinar os relatórios finais. Um deles, muito afeito à tradição das análises políticas, procura apreender por detrás do texto as marcas dos embates travados no seu processo de elaboração, das preferências ideológicas dos que lograram ter suas teses aceitas pelo plenário e dos interesses dos diversos atores participantes. Esse tipo de leitura busca ultrapassar o texto, para ver numa suposta “profundidade” as características do processo político em curso.

Sem aprofundar qualquer reflexão crítica com relação a tal postura, a mesma não foi adotada pelo simples fato de o jogo de interesses que permeia as conferências de saúde ser de menor relevância na fase preliminar de um estudo sobre o impacto das conferências nacionais sobre as políticas de saúde.

Assim, o estudo voltou-se mais para a própria “superfície” do texto dos relatórios das conferências, privilegiando suas narrativas, vendo-os como um repertório de enunciados, oferecidos aos diversos atores sociais que se engajam na formulação de políticas, sobretudo aos que o fazem na perspectiva de defender os valores que subjazem àquelas deliberações da conferência e, acima de tudo, os valores que subjazem à perspectiva de controle social que as próprias conferências expressam.

A tomada dos relatórios como repertórios de argumentos, oferecidos aos atores sociais que participam do processo político, permite a sua configuração como um estudo da retórica ali empregada. Seguiu-se aqui uma perspectiva análoga à adotada por Hirschman no seu livro *A Retórica da Intransigência*. Trata-se, fundamentalmente, de recolher empiricamente argumentos presentes em certos discursos, comparando-os ao longo do tempo.

Nesse sentido, buscou-se reconhecer as continuidades e as mudanças nos argumentos ou nas teses expressas em sucessivas conferências nacionais de saúde. Diante do propósito de propiciar subsídios para a compreensão das práticas de controle social sobre a formulação de políticas, coube também, além da análise da retórica, esboçar interpretações sobre essas continuidades ou descontinuidades nos discursos empregados nos relatórios finais.

Para que se pudesse reconhecer os argumentos, a primeira fase da pesquisa consistiu na leitura detalhada de cada um dos relatórios, com vistas a constituir um mapa de seus conteúdos.

A unidade dessa sistematização foi o parágrafo do texto. Para cada parágrafo, foram registrados no mapa:

- um rótulo que permitia a localização do texto original;
- o tema do qual trata;
- os argumentos que apresenta (expressos de modo resumido e nas palavras do pesquisador);
- uma classificação relativa à natureza desse conteúdo (se este trata de uma proposta, de um parágrafo introdutório ou de um texto que apresenta uma interpretação da realidade, como uma análise da conjuntura, por exemplo).

Além disso, o mapa permitiu registrar todas as menções a qualquer dos princípios do SUS ao longo dos relatórios.

A intenção original era classificar os conteúdos pelos seus temas, que consistiriam nos próprios eixos temáticos, para análise na segunda fase da pesquisa. Como vários parágrafos abordavam mais de um tema, foi assegurada a possibilidade de enquadramento de um mesmo parágrafo em mais de um tema.

Nesse primeiro momento da pesquisa, não se adotou uma matriz de temas possíveis definidos *a priori*, de modo que a análise pudesse ser mais fiel aos próprios termos utilizados em cada relatório.

Em geral, a estrutura dos relatórios facilitou enormemente a identificação geral dos temas. O que se pôde constatar é que, em alguns casos, havia evidentes deslocamentos ou mudanças de vocabulário entre os relatórios. Desse modo, após concluir a elaboração de uma primeira versão dos mapas, foi realizada uma oficina de trabalho, para discussão coletiva das primeiras impressões sobre esses deslocamentos, e traçaram-se eixos temáticos constituídos, em alguns casos, por agregados de temas.

Para assegurar que todos os conteúdos relativos a um certo eixo temático estivessem contemplados na segunda fase da análise, optou-se por se voltar ao mapa, classificando todos os conteúdos segundo as pequenas ementas que foram desenhadas para cada eixo.

Novamente, um conteúdo poderia ser classificado em vários eixos temáticos. Adotou-se uma postura abrangente nessa classificação, de modo que os pesquisadores, sempre que ficavam em dúvida sobre a pertinência de um conteúdo a um certo eixo temático, optaram por incluí-lo.

Após essa fase inicial da pesquisa, a equipe se debruçou sobre a tarefa de fazer a análise detalhada dos conteúdos dos relatórios que trataram direta ou indiretamente dos eixos temáticos escolhidos. Foi privilegiada a dimensão longitudinal da análise, buscando apreender as inflexões e as continuidades nas formas como os eixos examinados eram abordados ao longo das quatro conferências. Assim, o mapa sistematizado com os conteúdos classificados de acordo com os eixos temáticos serviu de ponto de partida para a segunda fase da pesquisa.

Graças ao mapa, construiu-se uma lista de todos os conteúdos que abordavam determinado eixo temático nos quatro relatórios. Cada pesquisador se ocupou de um eixo temático, examinando o texto original de todos os conteúdos que abordavam o seu eixo nos quatro relatórios. Os conteúdos foram sendo categorizados de acordo com o objeto sobre o qual versavam. Isso permitiu aglutinar as propostas e os argumentos que tratavam de um mesmo objeto, possibilitando a análise das mudanças e suas continuidades.

Foram privilegiados quatro eixos de pesquisa:

- a visão ampliada de saúde;
- a participação popular/controle social;
- a organização dos serviços; e
- a descentralização.

A escolha desses temas se fez numa oficina de trabalho conjunta que envolveu a equipe da pesquisa e técnicos do Ministério da Saúde.

Em cada relatório, procurou-se responder às seguintes questões:

- como o eixo foi abordado nos relatórios das conferências?
- o modo como o eixo foi abordado nas diferentes conferências se modifica ou se repete na seqüência das discussões?
- como poderiam ser compreendidas as mudanças ou repetições ocorridas em cada eixo temático?

Por meio desse conjunto de procedimentos foi possível apreender as grandes linhas de argumentos e de propostas que perpassam as conferências estudadas.

Foi utilizado um procedimento distinto para o exame das introduções ou apresentações dos relatórios. Todos os quatro relatórios apresentam uma introdução. O que diferencia a introdução do restante do relatório é seu processo de construção. Enquanto o corpo do relatório deriva das deliberações do plenário da conferência, cabendo aos relatores apenas alterações de estilo, as introduções são textos de autoria de uma pessoa ou de um pequeno grupo de pessoas.¹ Os conteúdos dessas introduções dizem respeito ao processo de elaboração dos respectivos relatórios e ao próprio processo da respectiva conferência.

Os textos introdutórios foram, desta feita, tomados como textos argumentativos, que têm os leitores dos relatórios como auditório. Buscou-se reconhecer os argumentos apresentados, identificando neles as pistas sobre as práticas do grupo de relatores e das escolhas por eles adotadas, sobretudo no processo de elaboração do relatório.

Os resultados da pesquisa são apresentados no texto a seguir.

3.3 Uma visão geral dos Relatórios da 8ª, 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde

Cada conferência nacional de saúde resulta de um amplo processo de discussão sobre quais deveriam ser as diretrizes das políticas de saúde para o próximo período. A discussão envolve todos os participantes das conferências municipais e estaduais (que passaram a ser chamadas de etapas municipais e estaduais da conferência nacional).

Trata-se de um processo que conta, portanto, com a participação de um conjunto muito mais amplo de pessoas e atores sociais do que os delegados da conferência nacional de saúde. A esses, contudo, são atribuídas as funções de dar continuidade ao debate, deliberando sobre quais devem ser as diretrizes que nortearão as políticas nacionais de saúde para os anos seguintes. A plenária final é, portanto, um momento único e fundamental em que culmina todo o processo de debates.

Cabe problematizar os modos pelos quais se pode garantir que as decisões da plenária final, sobre as diretrizes para as políticas nacionais de saúde, se tornem de fato diretrizes das políticas públicas de saúde. De fato, essa transposição das diretrizes em ações políticas não é garantida, devendo ser construída. É o próprio exercício contínuo da participação/control social, por meio do Conselho Nacional de Saúde, via monitoramento contínuo das políticas, exercido por atores sociais, e da luta cotidiana pela garantia do direito à saúde que pode oferecer tal garantia.

Os relatórios finais das conferências nacionais de saúde são de extrema importância, uma vez que a versão oficial das discussões empreendidas nas conferências, legitimadas pelas deliberações das plenárias finais, pode tornar-se o principal veículo por meio do qual o conjunto dos brasileiros pode tomar conhecimento das diretrizes pactuadas e delas se apropriar na sua luta política cotidiana e no exercício do controle social.

¹ Nos relatórios da 8ª e da 9ª, as introduções não são assinadas, presumindo-se que são de autoria de membros da comissão organizadora ou da relatoria. As introduções dos relatórios da 10ª e da 11ª são assinadas, respectivamente, por Nelson Rodrigues dos Santos (coordenador da Comissão Organizadora da 10ª Conferência Nacional de Saúde) e por Elizabeth Barros (relatora geral da 11ª Conferência Nacional de Saúde).

Os relatórios finais das conferências não são meros registros do andamento das discussões ocorridas. Eles devem manter-se fiéis às deliberações das plenárias finais, mas organizam o texto de modo a sistematizar as questões em grandes grupos temáticos, facilitando e enriquecendo a apreensão das discussões ocorridas nas conferências.

Os quatro relatórios são muito diferentes entre si. As diferenças refletem principalmente as características dos debates que aconteceram nas respectivas conferências, mas também têm a marca deixada no estilo e na forma pelo grupo de relatores de síntese.

O Relatório² da 8ª é o mais curto. O texto, com parágrafos numerados, é denso e centrado nas grandes questões que deveriam orientar a luta pela saúde da população. Sua leitura causa a impressão de que os participantes tinham um amplo consenso sobre uma certa hierarquia das diferentes questões que se apresentavam no debate e decidiram concentrar-se nas questões mais estratégicas do projeto da Reforma Sanitária.

O Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde não adota numeração nos seus parágrafos. As propostas dessa conferência são precedidas de uma breve análise da situação do tema. Há uma maior amplitude do número de questões examinadas pela plenária, mas há também um grande consenso sobre a importância do engajamento de todos no movimento “Fora Collor”, que dá o tom do relatório.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde tem o relatório mais extenso, o que reflete antes de tudo a amplitude numérica das propostas submetidas ao exame do plenário e a menor clareza dele sobre a hierarquia entre os diferentes temas abordados. O resultado é uma mistura entre grandes diretrizes e propostas bastante específicas. Os relatores mantiveram-se fiéis às características do debate, abrindo mão de qualquer tentativa de ordenação ou hierarquização dos temas estratégicos.³

Na 11ª Conferência, a amplitude numérica das propostas continua grande. Houve, entretanto, um nítido esforço dos relatores no sentido de organizar o texto do relatório, o que torna seu uso muito mais fácil pelos diferentes atores sociais.

3.4 A visão ampliada de saúde

O direito à saúde tem sido frequentemente abordado nas conferências nacionais de saúde, a partir de duas premissas básicas: a primeira refere-se ao cumprimento dos dispositivos constitucionais e dos princípios do SUS; a segunda diz respeito à necessidade de se oferecer atenção integral às pessoas que buscam os serviços de saúde no SUS.

Tais premissas ancoram-se em uma concepção ampliada de saúde, que se constrói pelas práticas dos sujeitos na relação entre oferta e demanda em saúde, no processo de trabalho das instituições e na responsabilização dos gestores e profissionais pela garantia do acesso às unidades de saúde e ao cuidado.

O direito à saúde assume um caráter de estratégia política, respaldando as demandas da comunidade, bem como implicando a participação desta na luta pela garantia de seus direitos de cidadania. Nessa perspectiva, as respostas e proposições governamentais são caracterizadas por um conjunto de práticas que associam o exercício da democracia à participação política e à institucionalização do controle social, à fiscalização das ações do Estado e à garantia de acesso a bens e serviços de saúde.

² Em vários momentos do texto, nós nos referiremos às Conferências Nacionais de Saúde simplesmente pelo seu numeral: a 8ª, a 9ª, etc.

³ De fato, o coordenador da Comissão Organizadora da 10ª manifestava na sua apresentação a confiança de que a sociedade organizada, os governantes e os gestores do SUS, quando analisassem o relatório, saberiam “selecionar estrategicamente” as recomendações.

Ganham relevância, nesse contexto político, a defesa radical do respeito às diferenças e as singularidades dos diversos segmentos populacionais, que se organizam em movimentos sociais reivindicatórios por demandas específicas em saúde.

A análise dos relatórios das conferências nacionais de saúde permite perceber que a busca pela reafirmação do direito à saúde requer tanto o cumprimento das conquistas inscritas na lei quanto maior porosidade das instituições políticas e de saúde às demandas e às necessidades específicas expressas pela população.

As demandas e as necessidades são caracterizadas por um alto grau de complexidade e de diversidade de questões, que podem ser delimitadas em quatro grandes conjuntos temáticos.

O primeiro conjunto de ações diz respeito à democratização das relações entre a sociedade civil e o Estado, mediante a criação de espaços públicos de participação política, como fóruns e ouvidorias, por exemplo, que contam com a participação de gestores, prestadores de serviço, usuários, do Poder Legislativo e do Judiciário.

Nesses espaços podem ser criadas condições favoráveis à aprovação de instrumentos jurídicos de defesa do cidadão, tais como a legislação em defesa do usuário do SUS. Ao mesmo tempo, pode-se fortalecer a gestão democrática do SUS com a co-responsabilização dos distintos setores sociais, econômicos e do governo com a saúde da população e a qualidade de vida, além de maior amparo e proteção aos conselheiros de saúde e aos conselhos.

No que concerne aos aspectos relativos à qualidade de vida, denominam-se “situação de saúde” os componentes discursivos que versam sobre as questões relacionadas ao combate às ações contra o meio ambiente que afetem a saúde humana.

O segundo conjunto refere-se à garantia da integralidade no cuidado e na atenção à saúde, pela oferta de um atendimento integral e humanizado em todos os níveis de atenção à saúde, no qual os princípios éticos da agilidade, do respeito, da dignidade, do acolhimento e da qualidade das ações constituem os principais valores e sentidos atribuídos.

Além disso, é urgente a divulgação de informações relativas aos direitos do cidadão à saúde integral (ampla e inter-relacionada com seus demais direitos fundamentais inerentes à dignidade humana), entre elas:

- os dados relativos aos serviços ofertados;
- o ente federado responsável pela sua oferta e prestação;
- os deveres do poder público; e
- os recursos despendidos em cada esfera de governo com a saúde.

No que concerne à integralidade e à humanização da atenção à saúde, encontra-se ainda uma forte demanda por práticas terapêuticas alternativas e medicina não-convencionais, pautada pelo respeito e pelo reconhecimento do valor dos saberes comunitários na busca pela promoção da saúde.

O terceiro conjunto diz respeito à efetivação dos princípios constitucionais e ao compromisso do Estado com as demais políticas públicas, que consiste em assegurar o cumprimento da Constituição Federal e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos seus princípios. Para tanto, há de se implantar uma política de saúde que alie os dispositivos jurídicos preconizados nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 à promoção de outras ações junto aos diferentes setores sociais, quais sejam, trabalho, emprego, saneamento, meio ambiente, segurança pública, educação, ciência e tecnologia, política econômica, entre outros.

O fortalecimento dos conselhos municipais de saúde, por meio do estímulo à criação dos conselhos locais de saúde, com orientação, educação e capacitação dos conselheiros e usuários, é mais uma premissa de socialização da política, com ampla comunicação nacional das diretrizes do SUS.

É atribuição do Ministério da Saúde a regulação das políticas e das condutas de saúde em todos os âmbitos, por meio das quais são estabelecidas relações com o setor privado e o público, visando à garantia do direito universal à saúde. É também sua responsabilidade a garantia do acesso de todas as parcelas da população à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, inclusive às práticas terapêuticas alternativas e às medicinas não-convencionais, das quais a comunidade pode beneficiar-se.

O quarto e último conjunto de ações destaca as políticas públicas específicas, relacionadas aos grupos sociais vulneráveis ou de grande impacto social, sustentadas pelos movimentos sociais, como os direitos ao respeito às diferenças e à equidade na atenção, contempladas as questões de idade, gênero, orientação sexual e etnia.

Entre essas políticas, o atendimento à população indígena, nas ações de promoção, prevenção e nos serviços de saúde, deve ser garantido pela valorização e pelo respeito à espiritualidade e aos costumes tradicionais, em observância aos pressupostos da Lei Arouca.

Com relação à etnia negra, reivindica-se a divulgação de informações e dados estatísticos desse grupo social, tais como moradia, condições de vida e saúde e identificação do número de pessoas atingidas pelas patologias, além da implementação de políticas afirmativas em campanhas educacionais claras e objetivas nos meios de comunicação em massa.

Torna-se papel do Estado a efetivação da garantia do direito à saúde de grupos vulneráveis por meio do combate a preconceitos e iniquidades, no que se refere à orientação sexual, às questões de gênero, etnia, bem como de indivíduos em conflito com a lei: presidiários e crianças e adolescentes infratores.

Cabe ressaltar o marcante elenco de reivindicações sociais, em torno do direito à saúde, na demanda por acesso a medicamentos especiais, exames e acessórios específicos para pacientes portadores da doença Gaucher e de hepatites virais crônicas, assim como às tecnologias voltadas ao atendimento de portadores de doenças crônicas graves, tais como indivíduos que vivem com HIV/aids.

A democracia é a estratégia política mais apropriada para a construção do direito à saúde. O Estado brasileiro, pela sua história, legou uma cultura política patriarcalista e autoritária, sendo recente o exercício democrático no país, sobretudo como prática participativa. Não existem, até o momento, mecanismos suficientemente eficazes de socialização da política de saúde (portanto, de sua construção como direito de cidadania).

Democracia não é só representação, é sobretudo participação política. O SUS é uma política de Estado, que requer a compatibilização dos princípios democráticos universais com o respeito às diferenças. Essa compatibilização deve emergir não somente da atuação dos governos, mas também da constante atuação crítico-propositiva da sociedade civil.

3.4.1 Da visão ampliada de saúde à intersetorialidade

A 8.^a Conferência Nacional de Saúde tomou como ponto de partida uma visão bastante ampla da saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Essa visão ampliada da saúde foi acompanhada por uma noção igualmente abrangente do direito à saúde, que deveria ser garantido não por uma política de saúde, mas por políticas sociais (ou melhor, por políticas econômico-sociais).

Nessa perspectiva, as propostas de configuração do sistema de saúde se constituem apenas como políticas sociais que integram o dever do Estado de garantir o direito à saúde. A garantia do direito à saúde envolve também a garantia do trabalho em condições dignas, alimentos para todos, moradia higiênica e digna, educação, meio ambiente de qualidade adequada, transporte seguro e acessível, repouso, lazer, segurança, direito à liberdade, participação da população na organização, na gestão e no controle das ações e dos serviços de saúde e o acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

Note-se que a política setorial (do setor Saúde) era vista como apenas uma parte das políticas que poderiam assegurar o direito à saúde. Mas o termo intersectorialidade não é usado no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A análise das demais conferências permite apreender que o vigor dessa visão ampliada de saúde, na 8ª Conferência Nacional, dilui-se gradativamente nas conferências subseqüentes. Talvez em função dos avanços obtidos na Constituição, pelo setor Saúde, avanço desproporcional ao obtido pelo conjunto das políticas necessárias à garantia do direito à saúde. E, em função de ataques desferidos ao SUS pela difusão das teses neoliberais, foi-se consolidando um posicionamento nas conferências seguintes que se move em defesa do SUS e que se articula com a demanda (feita pelos defensores do SUS) de outras políticas que não as do setor Saúde. Um trecho da 10ª Conferência Nacional de Saúde é exemplar a esse respeito:

Os Gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem exigir do Ministério Público a defesa do SUS e das demais políticas que atuam na ampliação e manutenção da qualidade de vida da população (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998, p. 12).

No trecho citado, os gestores e os conselhos de saúde demandam e exigem as demais políticas. Ou seja, é do setor Saúde que emerge o clamor pelas demais políticas indispensáveis à saúde.

É nesse cenário, principalmente a partir da 10ª Conferência, que surgem as noções de integralidade e de intersectorialidade.

A noção de atenção integral está presente desde a 8ª Conferência, influenciando inclusive o Texto Constitucional de 1988. Na 10ª Conferência, a integralidade emerge para indicar uma certa insuficiência das práticas de saúde predominantes até então. Insuficiência esta que parecia ser devida, em grande parte, a uma visão restrita da saúde. Assim, a atenção integral aparece em várias ocasiões como sendo derivada da compreensão de que as condições de vida afetam a saúde. Veja-se, por exemplo, o seguinte trecho:

A definição das ações de Atenção Integral à Saúde deve considerar a interferência na conquista e melhoria da qualidade de vida produzida pelo emprego, salário, alimentação, saneamento, educação, meio ambiente, transporte, acesso e uso da terra, distribuição de renda, lazer etc. Assim, demanda articulações intersectoriais e ações que integrem os enfoques individual e coletivo (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

Ao que parece, a visão ampliada da saúde é fundamental para a atenção integral à saúde. A visão ampliada, ligada à atenção integral, é intra-setorial, uma vez que são os agentes de saúde que a

sustentam. No trecho citado, é o exercício da atenção integral que demandaria as articulações inter-setoriais. A intersetorialidade aparece aqui como uma demanda do setor Saúde.

Essa definição, presente na 10ª Conferência Nacional de Saúde, aponta no mesmo sentido do modelo de visão ampliada, indicando estratégias intra-setoriais que necessitam de articulações para fora do setor Saúde. Portanto, não basta ir para além do preventivo e do curativo, do individual e do coletivo, mas é preciso também articular intersetorialmente as políticas de saúde com as demais políticas sociais, em prol da saúde integral da população.

Assim, integralidade e intersetorialidade se articulam como eixos fundamentais na interface da saúde com outros determinantes sociais da saúde, tais como a educação, a política, a preservação do meio ambiente, o saneamento e a violência, entre outros.

A noção de integralidade na análise das conferências aponta para dois sentidos distintos. O primeiro diz respeito às ações de saúde; o segundo, à organização dos serviços. Nesses dois sentidos, a noção de integralidade pretende produzir: uma visão ampliada sobre os determinantes do processo saúde/doença nas ações dos profissionais de saúde; o acesso universal com equidade; o desenvolvimento da cidadania e a participação social; e também a possibilidade de articular os diversos níveis de atenção em saúde. Para o desenvolvimento da integralidade, a organização do setor Saúde não é suficiente, pois este necessita articular-se com outros segmentos sociais e políticos. Essa é a origem da noção de intersetorialidade nas conferências analisadas.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde apresenta a defesa da intersetorialidade como a estratégia fundamental para a melhoria das condições de saúde da população. Afirma-se, no Relatório Final, a necessidade da

Melhoria das condições de saúde e da existência efetiva de políticas sociais intersetoriais e de um compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana, capaz de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 16).

Em síntese, se na 8ª Conferência a visão ampliada de saúde servia de base para todo um conjunto de políticas econômico-sociais voltadas para assegurar o direito à saúde, a visão ampliada nas demais conferências analisadas parece servir de base para a atenção integral e para as demandas setoriais de políticas intersetoriais.

3.5 Da participação ao controle social

Na análise dos conteúdos que tratam da participação da população e do controle social, entre a 8ª e a 11ª Conferências Nacionais de Saúde, chama a atenção a mudança terminológica: a expressão “participação da população” vai dando lugar à expressão “controle social”. O deslizamento de uma a outra opção terminológica indica mudanças nas próprias diretrizes propostas para as políticas públicas de saúde, que convém examinar.

No Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o tema da participação social é apresentado como uma das condições de garantia do direito à saúde, sendo compreendido como “controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população”.

A participação da população é apresentada como sendo mais ampla do que o controle social, na medida em que envolve todo o processo, a partir da formulação da intervenção no campo. Abrange, com isso, desde seu interior, a trajetória da política pública, revelando-se como uma participação

na constituição da própria política. Ou seja, a participação atribui à população a condição de sujeito da política de saúde, de agente que a determina.

Nessa perspectiva, o controle social é apresentado como um dos aspectos da participação popular: esta vai da organização ao controle, passando pela gestão não apenas das ações de planejamento, mas também dos serviços de saúde. Em suma, como referência central à sua concretização, a participação popular exige a organização e o acesso às decisões, como forma de garantir o “controle social sobre as ações do Estado”. O controle social emerge, então, como efeito da participação popular, na medida em que esta é caracterizada pela organização e pelo acesso às decisões.

Com o relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde, esse projeto de participação popular ganha diferentes contornos, sendo possível observar seu redirecionamento por meio de uma particular e distinta apreensão do tema. Trata-se, especificamente, da tendência de restrição da participação ao controle social, termo que passa então a prevalecer, nomeando a temática.

Esse movimento tende a situar a participação popular externamente ao processo de constituição da política, apesar do fato de o controle social ser apresentado como “um componente intrínseco” da democratização da sociedade e do exercício da cidadania.

Essa afirmação pode ser particularmente atestada na sutil troca de preposições que ocorre na definição do termo. Deixa-se de utilizar a noção de controle social como uma das dimensões da participação popular, na medida em que esta supõe e requer um controle do processo, passando ele a ser definido como “prática de controle social sobre (e, portanto, desde fora) políticas e atividades envolvidas com a Seguridade Social”.

Pensada como exterioridade ao processo político, como exterioridade à vinculação entre produção da política e intervenção estatal, a busca da autonomia e da independência dos fóruns e das instâncias de controle social frente ao Estado se converte em objetivo central, condição de exercício desse controle marcado pela noção de fiscalização.

Por isso, a concretização do controle social é associada à manutenção “dos fóruns independentes e autônomos dos movimentos populares”, o que sinaliza o receio de seu atrelamento ou dependência em relação ao Estado. Nasce assim uma linha de propostas feitas no sentido de tentar assegurar a independência e a autonomia dos conselhos, linha essa que se intensifica nas conferências seguintes.

Ao lado dessa preocupação com a autonomia e a independência dos movimentos populares, há no Relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde uma constante preocupação com a existência meramente formal dos conselhos. Ao mesmo tempo, manifesta-se recorrentemente a reivindicação de que os conselhos sejam criados segundo a Lei nº 8.142/90. De um lado, o relatório denuncia: “no que diz respeito aos conselhos de saúde tem-se observado o não-cumprimento efetivo da Lei Orgânica da Saúde”. De outro, são formuladas várias propostas voltadas para a “constituição dos conselhos segundo a lei”.

Outra diferenciação frente ao texto da 8ª Conferência Nacional de Saúde é a constatação de que as políticas de saúde não são apresentadas em sua vinculação com as políticas econômicas e sociais. No relatório, isso é substituído pela ênfase dada à inserção da saúde no conjunto das políticas de seguridade social.

Dessa forma, é dito que “no campo da Seguridade Social, os conselhos instituídos pela legislação vigente, com representação do Estado, trabalhadores, usuários, empresários e profissionais do setor são instrumentos privilegiados para exercício do controle social”.

Nesse trecho, há alguns pontos que devem ser particularmente analisados:

- a diferenciação entre usuários e trabalhadores, que indica a persistência do conceito de seguro no campo da seguridade social;
- o fato de que os conselhos são formalmente apresentados como “instrumentos privilegiados” (portanto, não exclusivos) de “exercício” do controle social; e
- a colocação do controle social claramente no âmbito da seguridade social, e não diretamente no âmbito da saúde, ao mesmo passo em que deixa de ser remetido às demais políticas públicas.

Portanto, ao longo do Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde, nos diferentes momentos em que se aborda o controle social, é possível constatar o redirecionamento do projeto de participação popular exposto na conferência anterior. A participação parece fechar-se sobre os espaços legalmente institucionalizados, a partir da noção de controle externo ao processo de constituição das políticas de saúde.

Não se tratava, com isso, de garantir ou lutar por uma participação interna ao processo, no centro mesmo do núcleo decisório, como estava idealizado na 8ª Conferência. Tratava-se mais de garantir o cumprimento das conquistas constitucionais e da lei.

Ao controle social cabe o lugar de exterioridade e de autonomia que garante a eficácia dos objetivos de acompanhamento e fiscalização da implementação do SUS. Esse aspecto pode ser especialmente observado na presença constante dos conteúdos relativos aos conselhos de saúde, na tentativa de garantir a independência e a perspectiva de fiscalização em seu funcionamento.

Apenas em um tópico pode-se constatar a permanência daquele sonho de participar da tomada de decisões com a mesma força da 8ª Conferência: na 9ª Conferência, os conselhos deveriam ter caráter decisório quanto à questão da definição do volume de recursos destinados à seguridade e à saúde, bem como quanto à destinação e à determinação da gestão dos recursos na saúde.

O Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde se destaca dos demais já em sua forma. Nele não se encontra uma análise da implantação do SUS ou uma apresentação conceitual do controle social. Excetuando-se a carta de apresentação, o relatório é essencialmente propositivo, sendo, contudo, possível perceber, em relação ao controle social, a consolidação e o enrijecimento normativo da direção tomada sobre o tema na 9ª Conferência.

Além disso, constata-se que a referência à inserção das políticas de saúde no conjunto da seguridade social é esvaziada do conjunto das proposições, sendo somente encontrada no tópico específico que trata do tema “saúde, cidadania e políticas públicas”. De um modo geral, a grande e marcante característica do relatório é o movimento em direção a uma intensa normatização das instâncias de controle social, sobretudo dos conselhos de saúde. Particularmente, é interessante notar que as conferências de saúde são muito pouco mencionadas como instâncias de controle social.

As referências aos conselhos de saúde aproximam-se de uma especificação técnica, em que se procura estipular ponto a ponto todas as questões que devem ser apresentadas e aprovadas pelos conselhos, sendo freqüente inclusive a menção a datas e prazos estipulados.

Destaca-se, quanto a isso, que os conselhos são evocados basicamente como instâncias de acompanhamento e fiscalização, no sentido de que sua intervenção não é exposta como um mecanismo de constituição das políticas que por ele devem passar. Essa análise poderia chocar-se com a forma recorrente da utilização do termo deliberação.

Apesar de sua estreita vinculação com o sentido de prática decisória, o modo como é empregado no texto do relatório demonstra o desgaste desse significado, provocado pela aproximação dessa palavra aos sentidos próximos dos verbos: aprovar, referendar, legitimar. Isso porque usualmente sua menção é precedida da exposição “do que deve ser deliberado”, cuja responsabilidade de apresentação é quase sempre incumbida ao gestor.

O lugar de protagonista conferido a esse ator institucional – o gestor – torna-se especialmente claro quando é apresentado como referência de garantia do controle social, particularmente dos conselhos de saúde. Afirma-se, por exemplo, que o caráter deliberativo e fiscalizador pretendido aos conselhos deve ser assegurado pelo gestor.

Uma outra tendência que pode ser destacada no relatório se faz no sentido da normatização da participação, da extensão acentuada de seus mecanismos e espaços institucionais, numa dinâmica talvez inversamente proporcional aos seus efeitos enquanto estratégia de mobilização.

Assim, sugere-se que os conselhos criem no seu interior diferentes comissões específicas. Foram citadas no relatório:

- a) comissões intersetoriais;
- b) comissões de reforma psiquiátrica, de atuação profissional na área da saúde, de saúde da mulher e outras que se fizerem necessárias;
- c) comissão permanente do processo orçamentário; e
- d) comissão permanente de fiscalização (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998, p. 36).

A tendência de normatização da participação emerge mais claramente, porém, na determinação de constituição e implementação de novos mecanismos de participação, quais sejam:

- ouvidorias e serviços de disque-denúncia vinculados aos conselhos;
- comissões éticas multiprofissionais;
- conselhos distritais e regionais de saúde;
- conselhos deliberativos nas indústrias farmacêuticas públicas;
- orçamento participativo setorial;
- conferências microrregionais de saúde;
- fóruns anuais com o objetivo de avaliar a implantação do SUS;
- fóruns permanentes de defesa da cidadania plena;
- fóruns conjuntos de discussão com “os executivos e legislativos”;
- conferência nacional de saúde e educação;
- conferência nacional de saúde, saneamento e meio ambiente;
- centros de documentação, informação, comunicação e educação em saúde;
- plenárias de discussão e divulgação do SUS nos estados e municípios;
- pólos de comunicação social em saúde em municípios e estados, com o objetivo de promover a conscientização popular; e
- mesa nacional permanente de negociação

O Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde se distingue dos demais por suas características argumentativas, pela extensa análise conjuntural apresentada e pela articulação e elaboração discursiva das propostas. Nele, a temática da participação popular e do controle social ocupa lugar de destaque, no qual se pode perceber uma diferenciação frente à direção hegemônica que se configurou a partir da 9ª Conferência. A referida direção é marcada pela redução da participação no controle social (externo) sobre o Estado e pela sua restrição às instâncias instituídas pela legislação do SUS. Em relação ao controle social, especificamente, é feita a avaliação de que

[...] houve avanço significativo no controle social do SUS nos últimos anos, como fruto de intensas mobilizações e lutas, o que contribuiu para a melhoria do acesso, da qualidade e da humanização na atenção à saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

É interessante observar a forma repetitiva e enfática com que a mobilização e as lutas sociais são destacadas como agentes e instrumentos de transformação e de concretização do projeto da Reforma Sanitária. Isso fica particularmente claro no fato de que o avanço relatado, inclusive suas repercussões na organização da assistência, é diretamente apresentado como resultado de “mobilizações e lutas”, e não como conquistas constitucionais ou ações institucionais.

Nesse sentido, a participação é entendida como aspecto central à efetivação do SUS, por causa de sua intervenção na produção do SUS, ao contrário do que ocorre nas duas conferências anteriores, em que ela é importante por acompanhar e fiscalizar o processo em curso nos espaços institucionalizados.

Desse modo, a noção de participação popular evocada extrapola os limites e sentidos que vinham delimitando o controle social, sendo assumida como agente de construção do SUS. A intervenção dos diferentes atores e segmentos implicados é entendida como fundamental à concretização de suas diretrizes, não sendo evocada em sua vinculação com os espaços dos conselhos e das conferências de saúde.

Sendo assim, os aspectos apresentados acerca da presença da participação popular/controle social no relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde indicam uma desconstrução do referencial esboçado a partir da 9ª Conferência. Como hipótese explicativa desse movimento pode-se supor prioritariamente a persistência dos obstáculos referidos ao controle social, não obstante sua institucionalização e sua expansão quantitativa. Talvez tenha permanecido como questionamento por causa das questões trazidas nesse cotidiano institucional, dos limites dessa forma de participação e da falta do acesso concreto às decisões.

As fronteiras impostas ao movimento daqueles que se mobilizam pela construção do direito à saúde – construção incessante de realidades e perspectivas coletivas – provavelmente forçaram e provocaram o esgarçamento da concepção legal de participação popular/controle social.

3.6 Sobre a organização dos serviços de saúde

O tema relativo à organização dos serviços de saúde tem lugar de destaque em todos os relatórios. Entretanto, os conteúdos das propostas que abordam esse tema são multifacetados, abrangendo desde o acesso, a qualidade e os modelos de organização dos serviços até a atenção básica e as políticas específicas.

3.6.1 Sobre o acesso

A defesa ao “acesso universal e igualitário a todas as ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis” é um tema que atravessa todas as conferências.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, essa discussão estava mais centrada na questão do direito universal à saúde, entendido ali não apenas como acesso aos serviços de saúde, mas como a “garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida”.

Na 9ª Conferência, já sob o amparo do direito constitucional à saúde, a discussão sobre o acesso se volta para as estratégias de ampliação da cobertura. É apresentado um conjunto de propostas tanto de mudança do sistema (regionalização, implantação de distritos sanitários) quanto de modificação das formas de atenção (propostas de ampliação de horários de atendimento, criação de unidades móveis para atendimento em áreas de migração, atendimento domiciliar, entre outras), a fim de estender o acesso a toda a população.

É interessante notar que, talvez como reflexo da própria ampliação real do acesso em relação ao que vinha ocorrendo até então, aquelas propostas de ampliação de cobertura vão cedendo espaço a reivindicações de acesso a ações e serviços mais específicos que ainda não haviam sido contemplados pelo sistema de saúde. A 11ª Conferência Nacional de Saúde, por exemplo, denuncia a dificuldade de acesso a alguns serviços essenciais, tais como saúde do trabalhador, serviços de reabilitação, cirurgias corretivas, atendimento a pessoa idosa, alta complexidade, etc.

Por outro lado, também é denunciada a existência de acesso diferenciado ao SUS devido ao desconhecimento de seus programas por parte da população. Este último argumento pressupõe a existência de uma oferta que, por falta de informação adequada, não é plenamente utilizada pelos usuários do sistema. Numa tentativa de solucionar esse problema, a 11ª Conferência indica a necessidade de melhorar a comunicação sobre os programas e projetos oferecidos pelo SUS.

Em síntese, pode-se constatar, com base na análise das conferências, que de fato ocorreu ampliação do acesso à saúde, porém alguns grupos permaneceram sem cobertura ou com cobertura parcial, não sendo atendidas todas as suas necessidades.

A compreensão desse deslocamento é importante para o entendimento do aumento das reivindicações em torno das políticas específicas e também da centralidade que a questão da integralidade das ações passará a ter na discussão da organização dos serviços de saúde, como se verá adiante.

3.6.2 Sobre a qualidade dos serviços

O tema da qualidade dos serviços aparece em vários momentos ao longo das conferências. Um ponto que chama atenção é que a discussão da qualidade não é colocada de uma forma positiva. Na quase totalidade das referências à qualidade se alude à “falta de”.

A preocupação com a má qualidade dos serviços está presente desde a 8ª Conferência e, naquele momento, era atribuída à desorganização do sistema, considerado “anárquico, pouco eficiente e eficaz, e de baixa qualidade”.

A 9ª Conferência reitera essa crítica e sentencia: “À realidade da doença soma-se a doença do sistema”. Reconhece como causas dessa “doença” o sucateamento dos serviços públicos e privados contratados, a desqualificação tecnológica e profissional e a baixa resolutividade (especialmente nos níveis primário e secundário). Tal crítica também aparece nas conferências seguintes.

É preciso ressaltar que a queixa quanto à baixa qualidade ultrapassa a questão estrutural dos serviços de saúde (qualidade da estrutura física e dos recursos humanos, etc.), ou seja, ela não se refere apenas à oferta dos serviços. Assim, é freqüente nas conferências a crítica ao modelo assistencial e sua ênfase curativa. A falta de humanização dos serviços e de respeito aos usuários também é apresentada como entrave à construção de um sistema de qualidade. Esse debate aproxima a denúncia da baixa qualidade da discussão da atenção integral.

3.6.3 Modelos de organização

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a crítica ao modelo assistencial estava muito vinculada à necessidade de integrar as ações preventivas e curativas, que, naquele momento, estavam divididas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. Essa conferência trazia a demanda da criação de um novo sistema que rompesse com a dicotomia preventivo/curativo e com a centralização da gestão no nível federal. Para dar conta desses objetivos, propunha a criação de um novo sistema de saúde, de comando único, que integrasse as ações de prevenção e assistência, com descentralização das ações para estados e municípios, e com participação popular em planejamento e condução; ou seja, propunha a criação do SUS.

Na 9ª Conferência, que ocorre após a criação do SUS, permanece a crítica ao modelo assistencial, sobretudo à sua ênfase curativa e medicalizante, análise que se faz presente até a 11ª Conferência. Sobre o modelo assistencial, o Relatório da 9ª Conferência sentencia que “é inadequado ao atendimento das necessidades da população”. Em função dessas críticas, a temática da atenção integral à saúde ganhou espaço nas conferências subseqüentes.

A temática da atenção integral à saúde aparece pela primeira vez na 9ª Conferência, sendo, nesse momento, apenas apontada como um indicativo de um modelo assistencial mais adequado. É na 10ª Conferência que essa questão se impõe de forma mais evidente, apresentada como paradigma da construção de um modelo assistencial adequado às “necessidades da população”. Na concepção da 10ª Conferência, a atenção integral emerge como condição que fará “o SUS avançar”.

Esse enfoque permanece na 11ª Conferência Nacional de Saúde, que passa a tratar da integralidade como prioridade para o SUS. Essa necessidade é ressaltada ao longo do seu texto e permeia grande parte de suas propostas. Porém, é importante destacar que a integralidade, apesar de evocada todo o tempo, em nenhum momento é satisfatoriamente depurada nos seus possíveis sentidos.

Uma curiosidade sobre o debate em torno dos modelos assistenciais é a presença, na 11ª Conferência, da proposta de adoção do modelo *Em Defesa da Vida* como alternativa ao vigente, sem, no entanto, explicitar suas características. Vale destacar que outros modelos assistenciais, tais como os Sistemas Locais de Saúde (Silos) e as *Cidades Saudáveis*, estavam sendo, na época, muito discutidos fora do ambiente da conferência. De fato, esses dois modelos também são referidos, embora apenas ligeiramente: os Silos, como estratégia de estruturação da atenção básica de saúde, e as *Cidades Saudáveis*, como proposta para a implantação de políticas intersetoriais de promoção de saúde.

A questão que se apresenta é se a preferência pelo modelo *Em Defesa da Vida* representava um consenso entre conferencistas ou se tal presença seria o resultado da maior articulação dos seus defensores frente aos defensores de outros modelos.

Vale destacar, por sua recorrência nos textos das conferências, a questão da desintegração dos hospitais universitários e militares, denunciada em todas as conferências.

3.6.4 Atenção básica

A despeito da extensão atual dos debates em torno da atenção básica à saúde (ABS), nem a 8ª nem a 9ª Conferência Nacional de Saúde atribuíam qualquer destaque a esse nível de atenção. Apenas na 10ª Conferência, dentro do bojo da questão da atenção integral à saúde, intensifica-se a discussão da ABS e a proposta do Programa Saúde da Família (PSF), como sua principal alternativa de implantação.

A 11ª Conferência dedica um capítulo à discussão da ABS, estabelecendo clara relação entre a implementação da atenção básica e a ampliação do acesso. Os argumentos indicam a crença de que o fortalecimento desse tipo de atenção contribuirá para a construção da integralidade na saúde.

Tanto a 10ª quanto a 11ª Conferência, ao discutirem a questão do PSF, apontam para a necessidade de um maior debate em torno do processo de implantação desse programa, com o intuito de impedir uma forma de execução verticalizada. No Relatório Final da 10ª Conferência, propõe-se a “consulta aos conselhos de saúde” para que ocorra a implantação do PSF.

A 11ª Conferência, apesar da ênfase ao PSF e da defesa deste como estratégia de organização da porta de entrada do sistema, toma o cuidado de não apresentá-lo como o único caminho. A proposta dos Sistemas Locais de Saúde também é citada como uma outra possibilidade ao fortalecimento da atenção básica. Porém, sua reduzida presença no texto (apenas uma citação, na página 17) se contrapõe à proposta do PSF, que ocupa todo um capítulo.

É interessante destacar que as conferências, ao tratarem da atenção básica ou do PSF, não os identificam com as propostas de “cestas” de cuidados seletivos tão em moda no debate internacional do período. De fato, há mesmo o receio manifesto de que essa identificação venha a ocorrer. As conferências ressaltam também a necessidade da integração do PSF ao sistema municipal de saúde, bem como sua inclusão no sistema de referência e contra-referência.

3.6.5 Políticas específicas

A questão da organização de políticas específicas começa a aparecer na 9ª Conferência Nacional de Saúde, que aponta a necessidade de sua implementação para apenas alguns grupos populacionais. É nas duas conferências seguintes, a 10ª e a 11ª, que esse tema ganha corpo: amplia-se o número de reivindicações e propostas, além da lista de grupos populacionais e de portadores de doenças, para seus possíveis beneficiários.

Duas alternativas de compreensão desse movimento podem ser esboçadas:

- pode-se atribuir esse crescimento à maior organização desses segmentos da sociedade e, conseqüentemente, à sua maior capacidade de reivindicação; e
- pode-se considerar que o avanço nas discussões sobre a questão do acesso aos serviços de saúde e sobre a inadequação do modelo assistencial viabilizou a percepção da necessidade de atenção a grupos que vinham sendo restringidos em seu acesso à saúde por inúmeros fatores.

A ampliação do acesso aos serviços de saúde, que se percebe ao longo das conferências analisadas, não contemplou todos os grupos de beneficiários do sistema de saúde. A 11ª Conferência apontou para a dificuldade de acesso a determinados “serviços essenciais” por parte de grupos populacionais específicos.

Não só a dificuldade de acesso é apresentada. Há também uma intensa crítica à forma como a atenção é prestada e uma repetida denúncia da não-adequação do modelo assistencial ao “atendimento das necessidades da população”, dada a sua ênfase na cura e dado o descompromisso com as demais demandas dos indivíduos que procuram o sistema de saúde. É nesse contexto que a proposta da integralidade ganha força como balizadora da construção de um modelo mais adequado.

A discussão sobre a ampliação do acesso aos serviços de saúde, bem como a necessidade da implementação de programas e serviços de atenção integral, viabilizou o início da discussão de políticas específicas em saúde para grupos de portadores de necessidades específicas.

Aparentemente, as propostas e reivindicações sobre as políticas específicas caminham no mesmo sentido das propostas para a política geral de saúde, qual seja, a existência de um sistema que garanta o atendimento integral à saúde dos cidadãos, reconhecendo-os como diferentes em suas necessidades e, por isso mesmo, merecedores de uma atenção que contemple a sua singularidade. Trata-se de uma luta, portanto, que é do próprio conjunto da sociedade democrática, que, se for encarada dessa forma, ganhará força em sua capacidade de interferência na conformação do modelo de atenção.

3.7 Descentralização

Os relatórios das conferências nacionais de saúde analisadas tratam do tema descentralização de forma clara, direta e objetiva. A objetividade presente nos conteúdos das proposições indica um estilo técnico, e os temas tratados revelam as demandas dos gestores.

Na 8ª Conferência, a descentralização é apresentada como um dos princípios de operacionalização do novo sistema nacional de saúde na gestão de serviços e no fortalecimento do papel do município. Nesse sentido, é tratada como transferência de serviços locais federais que tenham relação direta com o atendimento à população, deixando sob responsabilidade federal as atividades consideradas estratégicas, tais como órgãos de pesquisa, de produção de imunobiológicos, medicamentos e equipamentos.

A proposta era que eles deveriam ser transferidos com os respectivos recursos humanos, materiais e financeiros aos estados e municípios, segundo planos e programas que deveriam ser elaborados conjuntamente pelas instituições e pela representação da sociedade organizada, considerando a viabilidade política e a factibilidade técnico-financeira.

No contexto da 9ª Conferência Nacional de Saúde, já haviam sido estabelecidos instrumentos legais, na Constituição e nas leis, para o estabelecimento da descentralização dos serviços e da gestão no SUS. Entretanto, o relatório constata que a descentralização e a municipalização são processos incipientes, fato atribuído ao desrespeito à Constituição pelos governos federal, estaduais e municipais. Defende-se, em relação à transferência da rede de serviços, que ela aconteça segundo a prescrição constitucional, o que não envolve apenas a transferência de unidades e serviços, mas também dos recursos para pleno e adequado funcionamento.

O relatório afirma que existem “poucos exemplos bem-sucedidos de descentralização” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1993, p. 20) e ressalta que esta só poderá ocorrer se forem criados mecanismos para assegurá-la. Na idéia de confrontar o processo de descentralização e os interesses hegemônicos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1993, p. 8), coloca-se em questão a escolha entre o SUS e a privatização. É nesse cenário que surge o documento *A ousadia de cumprir a Lei*.

A 10ª Conferência apresenta o argumento segundo o qual “a descentralização deve acontecer de modo responsável, gradativo e pactuado” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998, p. 20), marcando uma flexão coerente com a NOB/96, que ressalta o caráter gradativo dos processos com diversas etapas de caráter técnico-administrativo. O documento reconhece que a etapa administrativa da descentralização já vem acontecendo, mas que é necessário o cumprimento do direito à saúde.

O estímulo à cidadania é proposto com a incorporação das ações integrais de saúde e do acesso ao processo de descentralização. Nesse sentido, essa etapa estaria relacionada a um processo de descentralização bem-sucedido, em que seria possível garantir e melhorar o acesso à integralidade das ações.

Na 11ª Conferência, constata-se que o processo de descentralização propiciou inúmeros avanços e melhorou o acesso da população aos serviços de saúde. A regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde são considerados processos lentos e difíceis, com percursos desiguais, apesar de que foram viabilizados pelo movimento político, pelos conselhos de saúde e pela negociação/pactuação intergestores.

Há a denúncia de que os princípios de universalização e de integralidade não são obedecidos na organização das redes. Isso é atribuído ao financiamento, que não estaria orientado para a constituição de redes descentralizadas e regionalizadas, principalmente em relação à média e à alta complexidade.

O diagnóstico era que a oferta de serviços de alta complexidade estava concentrada em cidades-pólo, com serviços privados, insuficientes e de qualidade e indicação questionáveis. Segundo o Relatório da 11ª Conferência, essa situação era agravada pela carência de recursos nos pequenos municípios, que perpetua sua situação de dependência em relação aos pólos regionais.

Desse modo, a desproporcionalidade entre oferta e demanda de serviços de alta complexidade é atribuída a alguns fatores, como: a falta de leitura sistematizada das necessidades sociais; a incorporação de novos usuários ao sistema por aumento populacional e pelo PSF; e a ausência de protocolos técnicos para nortear as indicações e regulamentar as demandas.

Esse conjunto de argumentos demonstra que a descentralização já vem ocorrendo e que as etapas burocráticas foram cumpridas. No entanto, a rede de serviços não se organizou de forma hierarquizada.

Algumas propostas apresentadas no texto do Relatório da 11ª Conferência podem ser relacionadas a essa análise, como, por exemplo, os contratos de gestão. Estes são sinalizados como uma possibilidade de avanço do sistema. Para isso, devem ter metas de organização da atenção, de responsabilidades de gestão e de resultados na saúde da população, garantindo a autonomia dos municípios.

Na 11ª Conferência, a Programação Pactuada Integrada (PPI) é reconhecida como um instrumento útil para o planejamento dos gastos. Porém, segundo o relatório, sua imposição pelo governo federal acarreta que ela não seja assumida com seriedade pelas demais esferas de governo. A PPI deve resultar da articulação e da consolidação dos planos, garantindo o financiamento de todos os níveis de atenção, além de ser acompanhada pelos conselhos.

A discussão sobre a criação de consórcios intermunicipais também contempla a necessidade de hierarquização da rede de serviços. Esse tema começa a ser abordado a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde, que sinaliza que a sua criação deve ser feita a partir da iniciativa dos municípios, com aprovação dos conselhos municipais.

Na 10ª Conferência, a formação de consórcios intermunicipais é estimulada para reduzir custos e racionalizar a utilização de recursos, realizar concursos, executar licitações e facilitar o acesso da população a todos os níveis de atenção, bem como fomentar a cooperação técnica entre gestores. Essa estratégia de avanço na descentralização deve ser pautada pela iniciativa dos municípios e não por uma imposição dos estados, devendo estes se submeter ao controle social.

Na 11ª Conferência, os argumentos também incentivam a criação de consórcios intermunicipais como garantia da otimização de recursos financeiros e como forma de assegurar o acesso da população aos serviços de saúde de maior complexidade, integrando-os aos sistemas de referência do SUS, devendo-se, entretanto, coibir a criação destes para executar atividades da atenção básica.

Percebe-se que as discussões sobre o tema da descentralização sofreram algumas transformações ao longo das conferências analisadas. A partir da 10ª Conferência, as demandas não mais se restringem à transferência de serviços e recursos, incorporando a necessidade de reorganização da atenção à luz dos princípios da atenção integral e do acesso universal.

Além dessas categorias, a divisão de funções e atribuições dos três níveis de governo é outro eixo presente no debate sobre a descentralização.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, essas atribuições básicas são pensadas de acordo com o caráter federativo da República.

Na 9ª Conferência, a discussão sobre a descentralização se pauta pela necessidade de se assegurar a aplicação da legislação no que se refere às atribuições e ao financiamento nas três esferas de governo. Como a Lei nº 8.080/90 já havia definido todas as funções, não se tratava de uma indefinição normativa, mas de uma ausência de sua concretização.

Na 10ª Conferência, surge a demanda por uma clara definição das atribuições dos gestores, sendo apresentadas sugestões para estas, indicando a dificuldade e a necessidade da sua compreensão por parte dos gestores.

O Relatório da 11ª Conferência parte da constatação de que o “gerenciamento do sistema é inadequado” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 27) e apresenta exigência para o cumprimento da legislação e a apresentação do Plano Anual de Saúde. Ressalta a necessidade da redefinição das responsabilidades entre as três esferas de governo. Propõe, ainda, que o Governo Federal se incumba do financiamento dos serviços, simplificando as exigências e desburocratizando a implantação de programas. Aos estados caberia a função de órgãos normatizadores do processo de regionalização, por meio de instâncias colegiadas. Ao Ministério da Saúde e às secretarias estaduais de saúde é feita a reivindicação da coordenação das políticas de saúde, para que ofereçam apoio técnico, financeiro e operacional aos municípios.

As determinações para a divisão de atribuições e funções são acompanhadas pela especificação de cada nível de gestão, das quais seguem as análises.

a) Funções/atribuições do nível/esfera federal

Para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o nível federal, coordenado por um único ministério, deve ter como atribuições a formulação e a condução da política nacional de saúde, por meio da regulamentação das normas e do acompanhamento e da avaliação das ações de cobertura assistencial. São atribuídas como sua responsabilidade também a condução e a execução de programas emergenciais que escapem às possibilidades de intervenção das unidades federativas. São também de sua incumbência a definição das políticas setoriais de tecnologia, saneamento, recursos humanos, insumos básicos, financiamento, informações e a determinação de padrões de qualidade homogêneos para os setores público e privado.

Se na 8ª Conferência foram já definidas as atribuições, em contrapartida, nas demais conferências analisadas, não há definições nesse sentido, mas os argumentos apresentados abordam a necessidade de seu cumprimento.

b) Funções/atribuições do nível/esfera estadual

Na 8ª Conferência são definidas as funções da gestão estadual:

- planejamento, coordenação, controle e avaliação da política nacional de saúde na unidade federativa (UF);

- responsabilidade pela elaboração do plano diretor, que deve orientar a integração das atividades do subsistema estadual de saúde, incluindo as atividades do privado, prestação de serviços de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica e outras responsabilidades dos sistemas;
- compatibilização das normas e das diretrizes federais com o quadro jurídico-legal da UF e as peculiaridades dos sistemas de saúde estaduais e regionais;
- responsabilidade pelos serviços de abrangência estadual e regional, especialmente os de caráter secundário e terciário, e por aqueles outros programas, projetos ou atividades que não possam, em razão de sua especialização ou seu grau de complexidade, ser executados pelos municípios.

Tais prerrogativas revelam uma relação muito clara entre o processo de descentralização e as funções atribuídas aos gestores estaduais.

A 9ª Conferência estabelece uma demanda estadualizante, ao afirmar a necessidade de se “respeitar o papel coordenador das esferas estaduais, assegurando planejamento racional da rede de serviços, evitando duplicidade” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1993, p. 16).

Na 10ª Conferência, há uma demanda para que os estados garantam a municipalização mediante a articulação, a cooperação, o desenvolvimento e a transferência de conhecimentos científicos, tecnologias e recursos financeiros. Seria igualmente papel dos estados estimular a gestão plena, com a viabilização da transferência integral dos recursos fundo a fundo, independentemente de convênios, fomentando o intercâmbio e a cooperação técnica entre gestores para implementação, análise e divulgação de experiências descentralizadas e inovadoras em gestão e atenção à saúde.

Na 11ª Conferência, os argumentos tendem a destacar a insuficiência dos estados em assumir os compromissos relativos à gestão. Seu Relatório Final afirma que:

Os estados não estão cumprindo seu papel de coordenadores da implementação do SUS, não transferem os recursos adequados, estabelecem sistemas exorbitantes de cobrança dos gestores municipais, não suprem adequadamente os municípios e não cumprem seu papel de assessorar técnica e financeiramente os municípios (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 24).

E:

Há ausência do estado como articulador no processo de regionalização e de organização da assistência por nível de complexidade e resolutividade [...]. Há diferenças entre a atuação das diversas Secretarias Estaduais de Saúde, com enormes disparidades entre as unidades federadas na organização dos serviços de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 25).

Embora seja reconhecida positivamente a atuação de quatro estados – RS, SP, MT e PR –, comprometidos com a gestão plena de seu sistema, há indicações no texto de que os demais não estão habilitados para tanto. Ao longo do eixo argumentativo, pode-se perceber uma tensão entre a concepção que valoriza o município e esvazia o estado, e a concepção que reconhece uma certa importância do estado.

c) Funções/atribuições do nível/esfera municipal

Na 8ª Conferência fica estabelecido que as funções do nível municipal devem estar em conformidade com as peculiaridades de cada caso e em coordenação com o nível estadual. A diretriz

básica adotada nessa conferência é a responsabilidade mínima do município na gestão de serviços básicos de saúde. Para os municípios grandes é proposto que tenham a seu cargo a gestão integral do sistema municipal de saúde. Recomenda-se a gestão conjunta município/estado para aqueles que não tenham capacidade inicial de gestão.

A 9ª Conferência propõe o fortalecimento da gestão municipal, tendo o município a responsabilidade pelo acesso aos serviços, cabendo ao gestor municipal a definição do tipo de serviços que serão ofertados. Reivindica-se a implementação da municipalização da vigilância epidemiológica e sanitária. As ações atribuídas aos gestores são: definir políticas e estratégias, planejar, executar atividades de saneamento e realizar programas de cooperação técnica.

Na 10ª Conferência a “descentralização da Atenção Integral à Saúde para os Distritos, Unidades e Serviços de Saúde nos grandes municípios” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998, p. 18) é proposta enquanto estratégia de reforço da vigilância e da assistência, assim como um meio de facilitar o controle social. Considerou-se então que a descentralização precisaria avançar e ir além dos níveis de governo, fazendo-se necessário “implantar a distritalização nos municípios médios e grandes, facilitando a atuação” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998, p. 19). Defendeu-se, ainda na 10ª Conferência, a autonomia do gestor local na construção do modelo assistencial e na condução das ações de saúde aprovadas e fiscalizadas pelos conselhos de saúde.

Na 11ª Conferência é denunciada a existência de muitos prefeitos sem compromisso político com a saúde, porque não alocavam recursos para a remuneração de profissionais especializados e para a manutenção de serviços adequados de urgência e emergência, abusando da prática da “ambulância-terapia” e prejudicando aqueles municípios que priorizam a alocação de recursos para a atenção aos seus munícipes.

Há também a proposta de que os municípios invistam na profissionalização da gestão, para dispor de um diagnóstico das necessidades e possibilidades do sistema local de saúde, garantindo adequada organização e administração dos serviços.

3.8 Conclusão

Esta pesquisa resultou do esforço da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa no sentido de oferecer ao público da Saúde uma reflexão contextualizada das principais deliberações e emanada no palco de debate de quatro importantes Conferências Nacionais de Saúde – 8ª, 9ª, 10ª e 11ª – sobre a visão ampliada do direito à saúde, a descentralização das políticas de saúde e a gestão participativa. Temas cujos significados decorrem do processo histórico da sociedade para a conquista dos direitos da cidadania.

A releitura destas conferências representa um trabalho pioneiro e atemporal que esperamos seja somado a muitos outros, pois é com iniciativas que apontem para uma inovadora gestão que poderemos exercer efetivamente a tríade de princípios do SUS, inspiradora de nossas ações na busca da melhoria da qualidade da saúde de todos os brasileiros.

Referências

- ABELSON, J.; EYLES, J. *Public Participation and Citizen Governance in the Canadian Health System*. [S.l.]: Commission on the future of Health Care in Canada, 2002. (Discussion Paper, n. 7).
- ANDRADE, L. O. M. *SUS Passo a Passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Oficina sobre Acreditação dos Cursos Lato Sensu em Saúde Pública. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE, 6., 2000, Salvador. *Resumo técnico*. Salvador, 2000.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. *SUS – O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Ateneu, 2002.
- BARROS, M. E. D. A Política de Saúde Pós IX CNS. In: CADERNOS da Nona. [S.l.]: Conselho Nacional de Saúde, 1992.
- _____. O Controle Social e o Processo de Descentralização dos Serviços de Saúde. In: INCENTIVO à Participação Popular e Controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC/MS, 1994.
- BOBBIO, N. *Dicionário de Política*. 7. ed. Brasília: Editora UnB, 1995. v. 1, 324 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS*. Brasília, 2000.
- _____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 33, de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma anexa. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1993.
- _____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2003a.
- _____. Ministério da Saúde. *O CNS e a Construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *A sociedade e a construção do SUS*. Brasília, 2005.
- _____. Presidência da República. Lei n.º 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 in-

tergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL, R. W. N. *O conselho municipal de saúde de Baturité: participação popular e controle social*. 1997. 157 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 1997.

CARR-HILL, R. *European Experience of Public Health Observatories, their Relevance for Brazil, Proposals for a Study Visit and Possible Areas of Technical Support*. Rio de Janeiro: CICT/FIOCRUZ, 2003. Mimeografado.

CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

_____. *Política de Saúde e Organização setorial do País*. Documento preparado para o curso de especialização a distancia Auto-Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1999.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)*. São Paulo: Hucitec, 1992. 256 p.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90)*. 3. ed. Campinas: Unicamp, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8.^a, 1986, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9.^a, 1992, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10.^a, 1996, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11.^a, 2000, Brasília. *11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONSÓRCIO Brasileiro de Acreditação. Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br/padrao.php>>.

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

CORTES, S. M. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde brasileiro: construindo a possibilidade de participação dos usuários. In: CADERNO da 11ª CNS. Brasília: [s.n.], 2000.

_____. *Perfil dos Delegados da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/documentos/Perfildelegados10.htm>>.

COSTA, A. M.; BARROS, E. A saúde da mulher e o controle social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, *Anais...* Salvador: ABRASCO, 2000.

COSTA, A. M.; NORONHA, J. C. Controle Social na Saúde – Construindo a Gestão Participativa. *Rev. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 358-63, 2003.

- DALLARI, S. *Incentivo à Participação Popular e Controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: IEC/MS, 1994.
- DAL POZ, M. R.; PINHEIRO, R. *A qualidade dos serviços de saúde e os espaços de controle social*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.
- DEMO, P. *Participação é conquista: noções de política social participativa*. São Paulo: Cortez, 1988.
- EAST of England Observatory. Disponível em: <<http://www.eastofenglandobservatory.org.uk/>>.
- EUROPEAN Observatory On Health Systems & Policies. Disponível em: <www.euro.who.int/observatory>.
- FOREST, P. G. et al. *Participation de la Population en décision dans le Système de Santé et des Services Sociaux du Québec*. Québec: DSP/GRIG/Université Laval, 2000.
- FRANCO, T. *Controle Social*. [S.l. : s.n.], 1997. Mimeografado.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Observatoires Regionales de Santé*. Paris, 2005. Disponível em: <<http://www.fnors.org/>>.
- HEMMINGS, J.; WILKINSON, J. What is a Public Health Observatory? *J. Epid. & Com. Health*, [S.l.], v. 57, p. 324-326, 2003.
- HOUTZAGER, P. P.; GURZA, L. A.; ACHARYA, A. *Who Participates?: Civil Society and the New Democratic Politics in São Paulo, Brazil*. Brighton: Institute of Development Studies, 2003. (Working Paper, n. 210).
- INSTITUTO PÓLIS. *Fundo Municipal de Saúde*. São Paulo: Instituto Pólis/PUC, 2003. (Cadernos do Observatório dos Direitos do Cidadão, 17).
- MATO GROSSO. Secretaria de Estado. *Guia do Usuário: SUS em Mato Grosso*. Cuiabá, 2002.
- MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. *Projeto Cadastro dos Conselhos de Saúde*. Rio de Janeiro: [s.n.], 2004. Mimeografado.
- NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS (NEPP). *Observatório de Saúde da Região Metropolitana de Campinas*. Campinas: Unicamp, 2003.
- OBSERVATORI de Bioètica i Dret Parc Científic de Barcelona. Disponível em: <<http://www.pcb.ub.es/homePCB/live/en/p693.asp>>.
- PEDROSA, J. I. dos S. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no estado do Piauí. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 741-8, out./dez. 1997.
- PINHEIRO, R.; DAL POZ, M. R. *Democratização e controle social na saúde: análise do conselho estadual de saúde do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, 1995.
- ROWE, G.; FREWER, L. J. Public Participation Methods: A Framework for Evaluation. *Science, Technology, and Human Values*, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 3-29, 2000.
- SILVESTRE, R. *Observatório da Saúde: relato de uma experiência*. Projeto Desenvolvimento de Serviços & Sistemas de Saúde. Brasília: Opas, 2002.

SIQUEIRA, C. E.; CARVALHO, F. The Observatory of the Americas as a Network in Environmental and Worker Health in the Americas. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 897-902, 2003.

THE UNIVERSITY OF LIVERPOOL. *Liverpool Public Health Observatory*. Disponível em: <<http://www.liv.ac.uk/PublicHealth/obs/root/liverpool%20public%20health%20observatory/index.htm>>.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). Observatory Portal Monitoring the Development of the Information Society towards Knowledge Societies Observatory on information society. Disponível em: <http://www.unesco.org/cgi-bin/webworld/portal_observatory/cgi/page.cgi?d=1>.

VIACAVA, F. et al. Uma Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 711-724, set. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); NATIONAL COUNCIL ON DISABILITY (NCD); PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Carmen Policy Observatory & Dialogue Proposal*. San Juan de Puerto Rico: Directing Board Meeting, 2003. Disponível em: <<http://ncd.bv-salud.org/carmen/agenda/docs/en/CARMEN%20Policy%20Observatory...%20Puerto%20Rico%20june%2030%202003.ppt>>.

Equipes Técnicas das Pesquisas

Perfil dos Delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde

Coordenação:

Ana Maria Costa e Renata Bloch

Equipe de Pesquisa

Paulo Marcello F. Marques

Anna Claudia Romano

Marcio Machado Ribeiro

Regiane de Souza Lima

Rodolfo Prado da Silva

Juliana Teixeira do Carmo

Dora Porto

Sérgio Ricardo Schierholt

Entrevistadores

Vanessa dos Santos Conceição

Bruno Faria Atta

Renato Lisboa Ramos

André Luis de Almeida Martins

Vanessa Jardim Pereira

Leonardo Ismael Maia

Carolina da Silva Lucena

Ana Elizabeth Oliveira de Araújo
Simone Barbosa Duarte
Camila Vilela França
Aílton Passos Jardim Júnior
Viviane Nérís Abade
Anderson Napoleão
Kellen Cristina de Souza
Michele Leite da Silva
Pedro Costa Ferreira
Alessandra Aparecida Cruz
Carlos Eduardo da Cunha
Letícia Meira de Lima
Mara Juliana
Fabiana Dourado

Organização de uma Rede de Observatórios de Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde

Coordenação

José Carvalho de Noronha
Telma Ruth Pereira
Monia Mariane

Equipe de Pesquisa

Esrón Soares C. Rocha
Maria Alice Alecrin
Kátia Lima
José Luiz Araújo do Amaral Junior
Tânia Regina Krüger
Tereza Diniz
Franklyn Macedo Semente
Cornelis Johannes van Stralen
Júlia Mesquita
Maria Cristina Alves Pereira
Rafael Prosdomici Bacelar
Rita de Cássia Costa da Silva

Terezinha Berenice de Sousa van Stralen

Lúcia Lopes

Júlio Strubing Müller Neto

Fátima Ticianel Schrader

Lydia Maria Bocayuva Tavares

Maria José Vieira Silva Pereira

Miriam Cristina Roewer Monteiro

Simone Carvalho Charbel

Aline Paula Motta

(Re) Visitando as Últimas Conferências Nacionais de Saúde

Ruben Araújo de Mattos

Ana Débora Santana

Francini Lube Guizardi

Gustavo da Matta e Márcia

Constância Gomes

Roseni Pinheiro

