

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA
FAMÍLIA, DA FACULDADE DE MEDICINA

**A participação do Conselho Municipal de Saúde na Consolidação da
Estratégia de Saúde da Família e na Organização da Atenção Básica.**

Rita de Cássia Silva Capdeville

Araçuaí – MG

2010

Rita de Cássia Silva Capdeville

A participação do Conselho Municipal de Saúde na Consolidação da Estratégia de Saúde da Família e na Organização da Atenção Básica.

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Profa. Anadias Trajano Camargos

Araçuaí – MG

2010

AGRADECIMENTOS

À Thaís, ao Daniel e ao Jansen, meus amores, por me provarem a cada instante que não há nada maior que o Amor.

À Professora Anadias Trajano Camargos por sua compreensão, incentivo e apoio, sem os quais este trabalho não se teria tornado uma realidade.

Aos colegas do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, Turmas Alpha e Beta, por me enriquecerem com suas experiências e pensamentos.

À Professora Estela Aparecida Oliveira Vieira por me inspirar e por cuidar tão bem de seus alunos.

À Aline Sena Carmona, pela disposição em ajudar e por sua Ética inabalável.

À Valquíria Macedo da Silva por seu desprendimento e auxílio.

À UFMG por seu pioneirismo, compromisso social e coragem institucional em oferecer um Curso de Especialização dessa magnitude e importância aos profissionais de saúde de Araçuaí/MG e da Microrregião.

Aos Tutores e orientadores que fizeram desse curso um marco na minha formação profissional.

RESUMO

A consolidação da Estratégia de Saúde da Família, como instrumento de melhoria da atenção à saúde, e de cumprimento dos preceitos constitucionais contidos na legislação que rege o SUS, precisa ser compreendida como estratégia para a estruturação das redes de saúde e de sua construção progressiva dentro do processo de gestão e assistência, que deve ser assimilado, discutido e regulado por controle social. Embora os mecanismos de exercício do controle social sejam teoricamente bem definidos, as dificuldades encontradas para garantir a consolidação do novo modelo de assistência no Brasil suscitam a questão da participação efetiva dos Conselhos Municipais de Saúde na formulação de estratégias de saúde e regulação das redes de assistência. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com foco voltado para a avaliação das ações do Conselho Municipal de Saúde de Araçuaí, Vale do Jequitinhonha. Foram analisadas as 85 atas lavradas no período de 16/11/2004 a 10/09/2009, que registraram todas as ações e intervenções do Conselho. A partir disso, elas foram classificadas em 7 grupos e comparadas quantitativamente, além de se fazer uma análise qualitativa das ações e do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde. Os resultados apontam que, mesmo em um Conselho Municipal de Saúde atuante e organizado como o de Araçuaí, a contribuição do Conselho Municipal para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família ainda é muito menor que a necessária: a atuação do Conselho Municipal de Araçuaí está mais voltada para a regulação do sistema existente e é ainda muito incipiente quanto à formulação de estratégias de saúde. A mudança desse modo de atuação poderá significar maior engajamento na luta pela consolidação da ESF e na organização da Atenção Básica. Este trabalho pode contribuir com o Conselho Municipal de Saúde de Araçuaí no sentido de servir como subsídio para análise da sua atuação e fonte de consulta útil para os profissionais de saúde, fomentando o estudo e compreensão dos mecanismos de controle social relacionados ao Conselho Municipal de Saúde

Palavras chave: Saúde da Família, Conselho Municipal de Saúde, SUS.

ABSTRACT

The Family Health Strategy consolidation, as an instrument of health care improvement, and in accordance with the constitutional principles contained in legislation that rules the SUS, must be understood as strategy for the structuring of health networks and its progressive development within the management and assistance process, which must be assimilated, discussed and regulated by social control. Although the mechanisms for exercising social control are theoretically well defined, the difficulties encountered in ensuring the consolidation of the new care model in Brazil raise the issue of effective participation of the Municipal Health Councils in formulating strategies and regulation of health care networks. This is a descriptive study with focus directed toward the evaluation of the actions of Araçuaí Municipal Health Council, Jequitinhonha Valley. The 85 minutes drawn up during the period of 16.11.2004 to 10.09.2009 were analyzed, which reported all actions and interventions of the Council. From this point, they were classified into seven groups and compared quantitatively, besides having a qualitative analysis of the actions and the functioning of the Municipal Health Council. The results show that even in an active and organized Municipal Health Council as the one of Araçuaí, the contribution of the Municipal Council for the consolidation of the Family Health Strategy (FHT) is still much smaller than it's necessary. It is concluded that the actions of Araçuaí City Council is turned to the regulation of the system and it's still beginning concerning the formulation of health strategies. The change in this way of acting may mean greater involvement in the struggle for consolidation of the FHT and Primary Health Care organization.

Keywords: Family Health Strategy, Municipal Health Council, SUS

LANÇAMENTO PRA UM GECAPB.

10/4/2008.

1. CABEÇA

COM DOR MANHOZÁ.
ESPIRROS CORIMENTO
DE AGUA NO NARIZ, E
ARDOR.

11. COSCHEIRA, NOS HÓLHOS

7. BRAÇO ESQUERDO

COM DOR NO
HÔMBRO E, NO
TORNOZELHO.

8. TORNOZELHO
DO BRAÇO

2. PEITO.

FORTE ARDOR.
ATE COM FORTE DOR
AS VEZ. FOLGO,
CURTO.

3. COSTELHAS, DIREITA QUEBRADAS.

BARRIGA, GRANDE
9. E PEZADA.

4. DOR ASSIMA, DO JOELHO
E, JOELHOS

4. COM DOR
PÉ

10. HINSONI E MUITO
NERVOZO
E DOR DE CABEÇA

5. TORNOZEL DE
AQUILÃO, MUITA
DOR, E. ATÉ
PONTADA, NO PÉ.

11. COSCHEIRA
NOS, HÓLHOS

6. AS VEZ, NOS DEDOS DO PÉ.
AS VEZ NO DEDOS DAS MÃES.

12. DOR NAS
COSTAS

X → X . X . X . X . X . X → X .

65. ANOS.

REZID. BARRA DO SETUBAL.

COMUN: SÃO JOÃO DO SETUBAL.

FAZ: SALITRÉ. ARASSUAI. M. G.

DEDICO ESSE TRABALHO AOS USUÁRIOS DO SUS, EM ARAÇUAÍ, QUE ESPERAM DE NÓS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, AQUILO QUE TANTAS VEZES NÃO TEMOS COMO GARANTIR; E AOS CONSELHEIROS DE SAÚDE, QUE LUTAM PELA SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS.

ABREVIATURAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CMS-A – Conselho Municipal de Saúde de Araçuaí

ES – Equipe de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FMS – Fundo Municipal de Saúde

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDRMG – Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO – TEMA E PROBLEMATIZAÇÃO	09
2. OBJETIVOS	11
2.1 GERAL	11
2.2 ESPECÍFICOS	11
3.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
3.1. Breve histórico da assistência à saúde em Araçuaí	12
3.2. Breve história do Conselho Municipal de Saúde de Araçuaí	14
3.3. Importância da atuação do Conselho Municipal de Saúde.....	15
4.METODOLOGIA	18
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
7.ANEXOS	30
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

1. INTRODUÇÃO

Este estudo analisa a contribuição do Conselho Municipal de Saúde (CMS) para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família e organização da atenção básica. A ESF e a organização da atenção básica são essenciais para a implantação de um novo modelo assistencial para o país, com promessas de uma atenção à saúde em consonância com as diretrizes do SUS – universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, equidade, participação social, resolubilidade e intersetorialidade.

Várias são as razões para a implantação de um novo modelo assistencial: o reconhecimento do pouco impacto sobre a qualidade de vida de modelos hospitalocêntricos, historicamente prevalentes até então; a diminuição dos investimentos destinados à seguridade social e à saúde, e a perspectiva da redução dos gastos em saúde; as garantias sociais de atenção à saúde ampliadas pela constituição; e a necessidade de um caminho que conduza à implementação, de fato, de uma nova política de saúde com vistas ao acesso universal, gratuito e integral do cidadão brasileiro ao sistema de saúde (BRASIL, 2002). Inicia-se no final dos anos 80, com a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), transformado em política oficial do Ministério de Saúde em 1991 e efetivamente instituído e regulamentado em 1997. O PACS, importante para o aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde, é hoje compreendido como estratégia transitória para o Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2001).

Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), que define uma equipe mínima de trabalho e propõe uma mudança na lógica do processo de trabalho em saúde, através da instituição de um território de ação definido, um contingente populacional igualmente estabelecido e ações com foco na atenção ao indivíduo e sua família.

O PSF surgiu para viabilizar um novo modelo assistencial, voltado para o cuidado integral à saúde, com forte contribuição da educação e com a formação de uma equipe de trabalho que funcione integrada, articulada e solidariamente para a mudança de determinantes da saúde e da percepção social da doença/saúde, mas que seja capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde no nível básico de atenção, e estabeleça um vínculo marcante entre equipe de saúde e comunidade. Essas finalidades e objetivos do novo modelo alteram o objeto de ação, deslocando-o da ação individual

sobre o indivíduo e o corpo doente, para a ação sobre os determinantes de saúde, hábitos de vida, educação em saúde, e responsabilização coletiva.. E procura definir os agentes e os meios adequados para provocar as transformações necessárias nesses objetos, e, assim, alcançar as finalidades propostas. (FARIA, 2008)

Grandes desafios surgem no decorrer da implantação desse novo modelo, bem como questionamentos sobre a condução das políticas de saúde e da qualidade efetiva do modelo introduzido no dia-a-dia de trabalho.

Observa-se no cotidiano que raras vezes a responsabilidade pela tomada de decisões relativas à administração dos sistemas de saúde é compartilhada ou assumida por comitês comunitários (Starfield, 2002); ainda mais rara é a participação efetiva da sociedade na adoção de um modelo assistencial.

A Lei 8142, de 28/12/1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, exercida através dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Além disso, vincula a transferência de recursos para o setor saúde ao controle social. (BRASIL, 1990 e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Surge, naturalmente, a inquietação: como organizar e garantir, respeitando o caráter de descentralização, políticas institucionais capazes de igualar a qualidade técnica dos serviços em saúde, num momento tão crítico de ampliação maciça de um novo modelo de assistência? Há verdadeiramente espaço para o controle social nesse contexto?

As possibilidades de controle e avanços a partir de determinações do Conselho Municipal de Saúde são, provavelmente, subutilizadas. Atrasos e retrocessos na implantação de políticas públicas de saúde poderiam ser evitados a partir da atuação do CMS. Avaliar ações do Conselho Municipal de Saúde pode fornecer informações sobre o papel efetivo do controle social na gestão da saúde e destacar pontos críticos desse controle.

2. OBJETIVOS

GERAL

√ Avaliar a participação do Conselho Municipal de Saúde na Consolidação da Estratégia de Saúde da Família e na organização da atenção básica de Araçuaí.

ESPECÍFICOS

√ Compreender a dinâmica interna do Conselho Municipal de Saúde de Araçuaí

√ Estudar a atuação do CMS-A no controle social, nos últimos 5 anos.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Um breve histórico sobre a assistência à saúde em Araçuaí

A cidade de Araçuaí, vive basicamente do comércio e de seus desdobramentos, muito embora a agricultura e a pecuária já tenham sido muito importantes antigamente. Há 20 anos, as fazendas eram ainda uma importante fonte de renda e trabalho, realidade que se alterou profundamente ao longo desse tempo, com o evidente declínio das mesmas, devido a dificuldades econômicas, climáticas e de falta de apoio político-institucional à região.

A migração sazonal para São Paulo, para o “corte-de-cana”, esvazia a cidade e municípios vizinhos e deu origem ao termo “viúvas de marido vivo”, pois grande parte da população masculina passa 9 a 10 meses nos canaviais. Na volta, trazem recursos financeiros economizados, que usam para reformas na casa, compra de motos, e melhorias para os filhos, mas também doenças sexualmente transmissíveis, táticas para furtos e pequenos assaltos, violência aprendida na vivência da cidade grande.

A cidade de Araçuaí tem fortíssima tradição social e cultural, tendo historicamente sempre se comportado como inspiração e pólo irradiador para os arredores.

A política é profundamente partidária, e reportam há muitas décadas as rivalidades passionais ainda hoje, absurdamente, presentes. Os entraves políticos que adiam as mudanças e progressos tão fundamentalmente necessários são da mesma ordem, guardadas as proporções, dos descaminhos pelos quais passa todo o país, e sua singularidade reside na perversidade de se passarem em região tão desprovida de tudo, e de, visivelmente, as reais prioridades serem muito frequentemente suprimidas pelos interesses individuais, de grupo, ou pelo resultado sempre nefasto da briga pelo poder de partidos e instâncias que não são capazes de enxergar sua real (des)importância. (IBGE@idades, 2009).

Araçuaí também é sede de microrregião e seu único hospital, o Hospital São Vicente de Paulo, HSVP, sempre foi uma referência microrregional em saúde, sendo atualmente reconhecido como tal, inclusive pelo PDRMG - Plano Diretor de

Regionalização do Estado de Minas Gerais .(SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/MG, 2004). A saúde na cidade se estruturou sem planejamento, em torno de um modelo médico e hospitalocêntrico, ao longo de todos esses anos. Hospitalocêntrico e médico não no sentido de uma filosofia consciente de abordagem da saúde através da doença, mas simplesmente pela presença dos médicos reunidos numa instituição única de atendimento a todas as demandas de saúde, a partir do ponto de vista da demanda do profissional, particularmente.

Historicamente, o Hospital nasceu como associação comunitária, e o trabalho médico dentro dele sempre foi autônomo. Há 20 anos atrás, numa época em que a população era muito menor, a medicina menos complexa, e a tabela do SUS um pouco menos defasada, isso não parecia constituir-se problema. Até 1998, o Bispo de Araçuaí conduziu a instituição com o foco claramente voltado para a sua natureza e destinação: a saúde. A partir da saída do Bispo, o hospital perdeu um pouco seu foco, e passou a ser claramente usado como instrumento político-partidário.

As conseqüências disso se vêem ainda hoje, no entendimento pífio da realidade de saúde da cidade e da complexidade do gerenciamento de um hospital como o HSVP, que abrange o atendimento de assistência secundária a uma população aproximada de cem mil habitantes. O hospital, embora filantrópico, tem como clientela quase 100% de usuários do SUS (DATASUS, 2009).

A polarização político-partidária em torno do hospital, com o apoio tácito da população, explica o atraso na implementação de políticas de saúde sérias, e em 2005, segundo dados demográficos publicados, Araçuaí contava com apenas uma equipe de PSF e 7 agentes comunitários (IBGE, 2005). A partir daí, houve uma substancial organização da rede de assistência, com a construção de fluxos e processos, como pode ser observado no Relatório de Gestão 2007, e um Plano Municipal de Saúde abrangente e realista, que se estenderia ao próximo período, com o Plano Municipal de Saúde de 2008-2011.

Com a posse de um novo prefeito após 12 anos de governo por um só Partido, a organização da rede é interrompida e está, ainda hoje, sem definição adequada. Até 2008, Araçuaí contava com um plano de estruturação da saúde bem construído, aprovado pelo CMS-A, e vinha caminhando, a despeito das dificuldades, para uma organização e efetividade maior.

3.2 Breve história do Conselho Municipal de Saúde de Araçuaí.

O CMS-A foi criado através da Lei nº 05/92, de 30/03/1992, pressionado o município pelas novas exigências de controle dos repasses financeiros, e sem qualquer conhecimento sobre as leis de controle social, como se pode verificar na primeira ata, datada de 04/04/1994 (ANEXO I). A Lei 05/92 previa a representação de 04 segmentos (Governo Municipal, Prestadores de Serviços de Saúde, Centros de Formação dos recursos humanos da saúde e usuários) , e a paridade entre o número de representantes dos usuários e os demais representantes.

A Lei 076/93 determinava representatividade do governo municipal (1 representante da SMS, 1 representante da Secretaria de Valorização Humana), dos prestadores de serviços públicos e privados (1 representante da Fundação Municipal de Saúde e 1 representante da Fundação Nacional de Saúde), dos técnicos de saúde (1 representante dos trabalhadores da área de saúde), e dos usuários. A Lei 006/94 previa a representação de dois segmentos apenas, e composição paritária de 12 membros, sendo seis representantes dos usuários e seis representantes do Setor Saúde. A Lei Complementar 003/97, mantendo em doze os conselheiros, determina sua representatividade: seis representantes do Governo e seis usuários, ligados a instituições ou associações.

A Lei Complementar 02/98 altera a composição para quatorze titulares e seus suplentes, comprometendo ainda mais a paridade. Mas a Lei também promove uma democratização do CMS e desvincula, pioneiramente, a presidência do CMS do secretário de saúde, classificando-o como membro nato, tendo voto de minerva somente em situações de empate. Presidência e vice-presidência passam a ser ocupadas por membros do CMS, eleitos formalmente.

A Lei 004/2002 altera a composição para 16 membros e garante a paridade em 25% (governo 12,5%, prestadores de serviços 12,5%, 25% trabalhadores e 50% usuários). Há dotação orçamentária prevista em lei para cobrir as despesas do CMS (artigo 11).

Em 2006 foi aprovado o novo Regimento Interno, adequado à Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde, que garante a paridade adequada e maior legitimidade.

Cada vez mais representativo na sociedade, o CMS-A avança nas conquistas e era, até 2008, o único no Vale do Jequitinhonha a se apresentar em todas as Conferências Estaduais e Nacionais e em outros eventos quando convocado.

Atualmente, o CMS-A conta com quatro Comissões Internas de Trabalho: Comissão de Controle e Avaliação da Atenção Básica, Comissão de Controle e Avaliação da Atenção Especializada, Comissão de Fiscalização dos Recursos de Saúde e Comissão de Informação, Comunicação e Divulgação.

Importante frisar que em todo o período avaliado, há a presença das quatro comissões internas mas não há evidências diretas do funcionamento ativo das mesmas, já que não há registros específicos de proposições ou discussões levadas pelas mesmas em nenhuma das 85 atas. Assim, as discussões foram feitas em plenária geral do CMS-A, a despeito do tema a que se referiam.

3.3 Importância da atuação do Conselho Municipal de Saúde

As três diretrizes que regulamentam o funcionamento do SUS e seus corolários dão suporte científico ao trabalho, e buscou-se respaldo na literatura para compreender as relações e entender a atuação do CMS-A. Tais diretrizes expressam os moldes definidos pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080, que definiu a descentralização da gestão, exigiu o atendimento integral e regulamentou a participação da comunidade nas decisões relativas à Saúde, ou seja, o Controle Social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

A legislação brasileira confere aos Conselhos Municipais de Saúde as atribuições de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, compartilhando suas atribuições com os gestores propriamente ditos (Ministério e Secretarias de Saúde) e as Casas Legislativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, pág.).

“Ao integrarem o Poder Público e o Estado, os Conselhos de Saúde têm diante de si a definição de seu espaço privilegiado de atuação em que devem exercer as suas atribuições. Nesse aspecto, é importante destacar que a grande amplitude e diferenciação desse espaço incluem os demais órgãos do Poder Executivo, os Tribunais de Contas vinculados ao poder Legislativo, o Ministério Público e o Judiciário... Com relação às duas atribuições legais, cabe ainda uma consideração: a atuação na formulação de estratégias diz respeito a uma postura combativo-ofensiva/criadora de construção do novo

modelo; e a atuação no controle da execução das políticas, a uma postura defensiva, contra os desvios e as distorções”

Como magistralmente analisado por Starfield (2002), a administração dos sistemas de saúde freqüentemente subestima ou mesmo ignora a importância da participação da sociedade na definição de políticas públicas de saúde.

Portanto, é de extrema importância a regulamentação dessa participação através da Lei 8142 de 28/12/1990, que dispõe sobre o papel da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde: ações de Controle Social são cruciais para a consolidação e os avanços necessários ao SUS.

A atuação dos Conselhos de Saúde tem por finalidade contribuir com a gestão da saúde no âmbito dos princípios do SUS, particularmente quanto aos riscos sociais e epidemiológicos, direitos de cidadania, oferta de serviços, formulação de diretrizes e estratégias para o processo de planejamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O modelo assistencial a ser construído, a partir dos sistemas municipais de saúde, com articulação e pactuação regional, deve ser dinâmico, progressivo e flexível, com a definição das competências dos gestores e gerentes dos sistemas e serviços de saúde, sempre regulados pelo controle social (ALMEIDA, 1998).

Compreendendo modelo assistencial como a forma de produção e distribuição dos bens e serviços de saúde numa determinada área e num determinado tempo, para uma dada população, compreende-se a abrangência e a adequação teórica do CMS como regulador da formulação de modelos e práticas de saúde (Conilli, 1994), e intuitivamente esse controle parece facilmente exequível.

Os modelos assistenciais para a saúde têm fortes determinações que devem ser analisadas para perceber o quanto uma proposta tem potência real para romper com velhos dogmas e tradições das práticas em saúde, alterando efetivamente os conceitos sobre saúde e construindo um novo modelo de assistência (FRANCO E MERHY, 1999).

O novo modelo assistencial proposto no Brasil foi implantado segundo o ideário da saúde; entretanto, não consegue fazer com que suas diretrizes sejam naturais ao dia-a-dia, porque os profissionais não dispõem de mecanismos para garantir os princípios desse modelo, ou seja, a aplicabilidade voltada para a atenção integral, a regionalização, a hierarquização, a referência e a contra-referência (FARIA, 2008).

Para que esse modelo funcione é preciso mudar o perfil dos profissionais envolvidos na assistência, dentro de princípios éticos que conduzam esses profissionais para o perfil desejado e para que estejam engajados, e defendam, políticas institucionais claras e de conhecimento geral.

Segundo Itaim (2002), a reordenação dos serviços de saúde do SUS, ainda que fiel aos seus preceitos filosóficos e legais, não foi capaz de transformar a prática sanitária brasileira e melhorar a qualidade de vida e de saúde dos brasileiros. É imprescindível uma diretriz política que norteie as decisões em saúde, em todas as esferas, não apenas nas questões assistenciais, mas também nas questões de educação e formação.

Por outro lado, são necessários mecanismos eficientes de regulação e garantia das conquistas, tornando improvável o recrudescimento da organização de saúde alcançada, e facilitando a progressiva estruturação e melhoria da rede assistencial. Grande parte dessa responsabilidade está depositada no Controle Social.

Na realidade de atuação, percebe-se que sendo o gestor conhecedor não apenas dos preceitos, mas, principalmente, dos mecanismos reguladores do SUS, e pretendendo estabelecer uma organização da assistência à saúde e/ou um novo modelo assistencial, a solidariedade entre ambos favorece a progressão rápida das decisões e rumos. Entretanto, no caso contrário, o CMS carece de meios eficazes, rápidos e inteligentes para reordenar o sistema de saúde.

É claro que um gestor pode tomar uma decisão unilateral, mas sempre estará sujeito às penas judiciais, caso a decisão adotada seja prejudicial à saúde dos usuários do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994); os meandros dessa correlação de forças é que preenchem o espaço de atuação dos CMS e do controle social.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório sobre a participação do Conselho Municipal de Saúde como implementador da Estratégia de Saúde da Família e das mudanças significativas no modelo assistencial a ela associadas.

Para se iniciar o trabalho, e uma vez autorizada oficialmente a utilização das atas do Conselho Municipal de Saúde de Araçuaí, pela presidente do Conselho, foi necessário proceder ao levantamento das mesmas, abrangendo o período de 16 de novembro de 2004 a 10 de setembro de 2009. A partir disso, foram analisados os temas discutidos, os encaminhamentos sugeridos, o conhecimento sobre o SUS utilizado nas discussões e as normas gerais de funcionamento do CMS-A.

Segundo o IBGE (2004), Araçuaí tem uma população de 36.478 habitantes, é cidade situada no Vale do Jequitinhonha, que se pode considerar uma das mais pobres e estagnadas regiões do Estado e a quarta região mais carente do mundo; região que apresenta intenso fluxo migratório, baixa taxa de urbanização e pequena oferta de emprego, além de crônicos e graves problemas relacionados à infra-estrutura geral e à saúde, educação e saneamento, que perpetuam a situação de extrema pobreza e ignorância da maior parte de sua população.

Para estudo da forma de atuação do CMS-A e da sua capacidade de propor e implementar mudanças na assistência à saúde, os temas e encaminhamentos foram distribuídos em tipos de ações e quantificados, fazendo-se uma comparação entre tais grupos, além de uma análise qualitativa das ações do CMS-A, com destaque para ações diretamente relacionadas à implementação da Estratégia de Saúde da Família. Assim, nas 85 atas lavradas durante o período analisado, foram identificadas e classificadas todas as ações e deliberações, observando-se a distribuição proporcional dos tipos de ações e as conseqüências teóricas dessa distribuição.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente análise retrospectiva teve como objeto o Conselho Municipal de Saúde de Araçuaí, Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, no período de 59 meses.

Para avaliar a dinâmica do CMS-A e suas potencialidades para consolidar a ESF e organizar a Atenção Básica, foram estudadas todas as atas do período de 16/11/2004 a 10/09/2009. Foram lavradas, nesse período, 85 atas, num total de 1,44 atas/mês, proporcionalmente distribuídas, o que atesta a regularidade das reuniões e o funcionamento linear do CMS-A. Das 85 reuniões ocorridas apenas 2 foram interrompidas por falta de quórum.

Todas as atas obedecem a um padrão de redação adequado, e contêm boas descrições das discussões e decisões acontecidas. Apenas algumas são digitadas, a maioria absoluta é manuscrita, porém de forma inteligível. As reuniões sempre se encerram com a proposição da pauta para a próxima reunião, e a pauta é sempre respeitada, o que também confirma o bom gerenciamento administrativo do CMS-A.

Ao longo da leitura dos documentos, verifica-se um ótimo conhecimento geral das leis e diretrizes do SUS e do controle social, com citações das datas, números de leis e resoluções e adequada argumentação baseada nas mesmas, inclusive com contra-argumentações excelentes em discussões com gestores ou outros atores sociais. Em determinado momento, um dos conselheiros chega a citar como função do CMS definir a política de saúde do município através dos conselhos locais e distritais, embora não haja explicitação suficiente das avaliações do Plano Municipal de Saúde, aprovado para 2008-2011, nem se possa em nenhum momento inferir que haja um modelo assistencial sendo perseguido ou em implantação; não parece haver uma percepção global, macro, da rede assistencial a construir (mas ela está visivelmente presente no Plano Municipal de Saúde), que se perde na miríade de assuntos e problemas pontuais avaliados e na grande abrangência da atuação do CMS.

Percebe-se nitidamente a adequada apropriação dos conceitos e fluxos relacionados ao controle social, pelos conselheiros do CMS-A, porém fluxo de ações aparentemente tão simples quanto o descrito se desdobra em múltiplas ações,

proposições e regulações necessárias ao cumprimento dos preceitos constitucionais de controle do SUS, e aí reside a principal fragilidade do CMS.

Para avaliar as ações do CMS-A foram elencados todos os assuntos discutidos, em todas as 85 reuniões, listando-os sob títulos individuais para cada data analisada. Num segundo momento, agruparam-se esses assuntos em grupos gerais, definidos por tipo de ação contida nas discussões ou deliberações. Dessa forma, constituíram-se 7 grupos de ações, assim denominadas: ações ordem, ações denúncias, ações educação permanente, ações informes, ações reguladoras, ações propositivas e ações fiscalização. Importante frisar que as ações foram elencadas para cada data, portanto há alguma sobreposição, pois alguns temas ou deliberações foram abordados em mais de uma reunião

QUADRO I – Tipos de Ações do CMS-A no período de 16/11/2004 a 10/09/2009

TIPOS DE AÇÕES	CARACTERÍSTICAS
Ações ordem	Funcionamento ordinário do Conselho, como financiamento, eleição de membros para o próprio Conselho ou como representantes em outras instâncias, regras internas, reivindicações dos conselheiros em relação ao próprio trabalho e questionamentos internos sobre ações do Conselho ou sobre como organizar melhor o controle social no município.
Ações denúncia	Relacionadas a quaisquer denúncias, reclamações ou pedido de providências, tanto de usuários como de representantes do governo ou outros.
Ações Educação Permanente	Relacionadas com o esforço de aprimoramento dos conselheiros, como apresentação de vídeos, aulas, leitura de textos, distribuição de material didático e outros afins. A partir de 2006, essas ações aumentaram consideravelmente, em relação aos dois anos anteriores, e foram introduzidas como item obrigatório das reuniões, o que permite prever o aumento proporcional desse tipo de ação no cotidiano do CMS-

TIPOS DE AÇÕES	CARACTERÍSTICAS
Ações informes	Divulgação de informações sem aprofundamento do tema, nem deliberações relacionadas e referentes aos mais variados assuntos.
Ações reguladoras	Relacionadas às obrigações diretas do Conselho, como aprovação ou não de planos e projetos, estruturação de serviços, análise de produtos ou serviços, aprovação de emendas parlamentares e de repasses financeiros, entre outros.
Ações fiscalizadoras	Instituídas com o propósito de garantir as ações reguladoras, como cobrança de respostas oficiais dos gestores e verificação da adequação das mesmas. Interessante notar que em certa medida ações fiscalizadoras são em essência reguladoras; a diferença estabelecida reside em que as ações fiscalizadoras foram definidas como aquelas que tiveram por propósito garantir a efetividade de ações reguladoras, como por exemplo, a ação de cobrança ao gestor municipal das solicitações feitas pelo CMS-A e não respondidas;
Ações propositivas	Representam, de alguma forma, uma iniciativa do CMS-A, seja no sentido de regular ou de propor ações relativas à Saúde, globalmente entendida, do município.

A quantificação dessas ações e a proporcionalidade entre as mesmas nos mostra como se comporta, de maneira geral, o CMS-A, suas prioridades, forma de ação e ainda nos fornece subsídios para aferir sua capacidade implementadora de estratégias de saúde e maneiras de gestão da saúde municipal, além de refletir, também, a maneira de se relacionarem com a população e o gestor municipal. Portanto, todas as ações identificadas nas atas foram computadas e quantificadas, comparando-se cada tipo de ação com o total de ações e analisando-se teoricamente as consequências dessa distribuição e o impacto das mesmas na atuação do CMS-A como implementador de estratégias de saúde. A tabela I apresenta os resultados quantitativos obtidos.

TABELA 1: Quantificação das ações do CMS-A no período de 16 de novembro de 2004 a 10 de setembro de 2009. Araçuaí, 2010.

TIPOS DE AÇÕES DO CMS-A	NÚMERO	%
Denúncia	66	14,4
Educação Permanente	18	3,9
Fiscalizadoras	02	0,4
Informes	76	16,6
Ordem	78	17,0
Propositivas	26	5,8
Reguladoras	192	41,9
TOTAL	458	100

Observa-se na Tabela 1 o predomínio das ações reguladoras, que foram responsáveis por 41,9% das ações do CMS-A no período avaliado. As ações de ordem, correspondem a 17%, o que significa que o gerenciamento do CMS-A ocupa uma parcela importante do tempo de trabalho. Em terceiro lugar vêm as ações informes com 16,6%, parcela considerável, que demonstra a importância da difusão de informações aos conselheiros. Ações denúncias representam 14,4%, percentual significativo que permite inferir a confiança depositada no CMS-A, a partir da expectativa de solução das demandas apontadas nas denúncias. Ações propositivas somam apenas 5,8%, demonstrando uma atuação ainda muito mais reguladora que propositiva e implementadora.

As ações ordem, denúncia e informes se mostram equilibradas entre si, revelando uma boa distribuição de ações e equilíbrio do Conselho. Aliadas às ações reguladoras, esses quatro principais tipos de ações respondem por 90% das ações do CMS-A entre 16/11/2004 e 10/09/2009.

As ações Educação Permanente, incluídas como item obrigatório das reuniões, tendem a aumentar e são fundamentais para o funcionamento satisfatório do Conselho de Saúde, pois são muitas as demandas, inúmeras as leis e complexas as relações do setor saúde com as esferas de governo e gestão.

Das ações denúncia várias se relacionaram à carga horária dos médicos no PSF, o que também leva à discussão sobre o modelo e sobre as suas limitações, além de suscitar questões para o Conselho quanto ao rigor ou método de gerenciamento desses recursos humanos em contraposição ao objetivo pretendido. Número expressivo dessas ações, 14,4% do total de ações, esteve relacionado também à atenção hospitalar no município, que representou tema recorrente das reuniões. A polarização atenção secundária *versus* atenção primária esteve presente em algumas das discussões, principalmente focadas na questão da dificuldade financeira do município.

Chama atenção o baixo número de ações fiscalizadoras, 0,4% do total de ações, e as duas só aconteceram no segundo semestre de 2009. Deve-se lembrar que foram assim denominadas as ações que representam algum tipo de impasse, quando houve dúvida da eficácia de alguma ação reguladora ou quando houve algum impedimento ao efetivo controle pelo CMS-A. Há que se registrar que foram identificadas apenas duas ações fiscalizadoras: uma delas se desdobrou em múltiplas ações porque se relacionava à falta de resposta do gestor a solicitações do Ministério Público e foi tão persistente que tornou recorrente a discussão do assunto. Entretanto não foi interpretada como múltiplas ações, mas como ação única.

Da prontidão de resposta do Ministério Público a essa demanda depende inevitavelmente a eficiência do controle social, porque seu atraso submeteria o CMS e a população a atitudes unilaterais do gestor, impediria progressos na efetivação do Plano Municipal de Saúde, e, ainda, na consolidação de uma estratégia municipal de saúde, qualquer que seja ela.

As ações propositivas são especialmente importantes, porque significariam iniciativas verdadeiras do Conselho e poderiam conter, como se quer descobrir, ações direcionadas à implantação ou consolidação de modelos assistenciais ou mudanças de paradigmas municipais. Uma dessas ações foi a proposição da criação de uma DADS (Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde) em Araçuaí, o que se mostra de fato inovador e de impacto.

Outra ação significativa foi a de impedir a criação de outro conselho municipal, alterando lei executiva por supressão do termo “e de saúde” na Lei Municipal que dispõe sobre a organização administrativa do Executivo (considerada propositiva e não reguladora porque, embora em última instância regulando o controle social, foi uma ação afirmativa de empoderamento do CMS-A).

Também propositivas foram as ações que programaram a organização dos conselhos locais de unidades, a recomendação à SMS de participação e elaboração referente ao Conselho de Segurança Alimentar, e a marcação de audiência com o Prefeito para discutir à luz da Lei do SUS e do conceito de trabalhador do SUS as reivindicações sindicais.

Várias das ações propositivas estão relacionadas à definição de temas para as Conferências de Saúde, importante ação dos CMS, porque definindo temas, podem-se focar as discussões e alcançar objetivos gerais de saúde. O levantamento de cargos essenciais para a área de saúde, elaborado por comissão especial, foi fundamental para a realização de concurso público (em 2005) e para a diminuição das distorções e precarização do trabalho no SUS. Uma típica ação propositiva foi a de elaboração de cartilha para divulgação junto às unidades de saúde do município, com esclarecimentos sobre controle social e redes de assistência .

Igualmente relevante foi a proposta de realização de um Seminário Regional de Saúde Mental, para debater vários nós críticos da assistência nessa área. Outra interessante proposição foi a de abrir espaço no CMS para o ensino médio e fundamental, num caráter educativo, o que é uma maneira inteligente de formar recursos humanos e conscientizar cidadãos para o controle social.

Proposta importantíssima foi a de implantação de um Plano Diretor, a exemplo de outros municípios, com apoio do Governo do Estado de Minas Gerais, através de oficinas realizadas por trabalhadores selecionados.

Também pode ser considerada nesse grupo de ações a determinação de destinar tempo definido em todas as reuniões do CMS-A para educação permanente, decisão fundamental para o aprimoramento e qualificação dos conselheiros e, portanto, do Conselho de Saúde.

Em 2009, com a indefinição de política de saúde ou de organização da rede assistencial, propôs-se reunião com o gestor para esclarecimento quanto à organização

do SUS municipal, prestação de contas ao CMS, definição quanto à instalação do CMS e discussão da assistência hospitalar no HSVP.

Ou seja, o CMS-A estava a exigir uma definição de política pública e um seguimento para os avanços relativos à organização da assistência global à saúde, conquistados nos últimos anos. Propôs-se ainda um seminário para discutir a rede de controle social, com propostas para o Plano Plurianual (PPA) e eleição da ausência de fluxo para atendimento de hanseníase como prioridade no PPA. Por fim, significativa a sugestão de audiência com a SMS para discutir os problemas da desassistência, que vêm, a olhos vistos, se avolumando no município.

Entre todas as ações identificadas, apenas uma se relacionou diretamente ao modelo assistencial, que foi a aprovação da proposta de reorganização da atenção básica em Araçuaí, formulada pela SMS e que recebeu a proposição de ser encaminhada para CIB Estadual, para implantação de PACS na Zona Rural, em cinco setores, numa clara organização da rede assistencial em torno de um novo modelo, em consonância com as diretrizes traçadas nos planos municipais de saúde, e amplamente debatidas no CMS-A.

As principais ações do CMS-A no período avaliado estão descritas no Quadro II.

QUADRO II – Ações propositivas do CMS-A no período de 16/11/2004 a 10/09/2009

ANO	DATA	Nº RSOL.	DECISÃO
2004	21/10	01/2004	Aprovação de utilização de recursos do PRO-HOSP conforme destinação pactuada
2005	24/08	01/2005	Dotação orçamentária para despesas de conselheiros participantes de eventos Garantia de local próprio e secretária para o CMS-A
2005	27/04	02/2005	Aprovação de providências urgentes para cumprimento da estratégia descrita no Plano Municipal, referente à atenção básica: 4 PSF na zona urbana e PACS na zona rural.
2005	09/12	02/2005	Aprovação das atividades essenciais em saúde para incorporação dos cargos efetivos.

ANO	DATA	Nº RSOL.	DECISÃO
2005	27/04	2005	Aprovação da supressão do termo “e de saúde” na Lei Municipal que dispõe sobre a organização administrativa do executivo
2005	24/08	2005	Aprovação da implementação de conselhos gestores em todas as Unidades de Saúde do município.
2005	24/08	2005	Aprovação da facilitação de acesso a todos os serviços de saúde aos moradores da zona rural.
2006	17/03	2006	Aprovação da reserva de uma vaga para titular e uma vaga para suplente a representação dos povos indígenas, enquanto moradores do município.
2006	12/06	2006	Manutenção do espaço físico da Clínica Odontológica e Serviço de Raio X, sem quaisquer alterações, até a mudança definitiva para a Policlínica Municipal.
2006	12/09	2006	Realização de Seminário sobre a estrutura do SUS
2007	21/03	2007	Alteração da periodicidade das reuniões do CMS-A de mensais para quinzenais.

O Quadro II aponta que o CMS-A discutiu e aprovou ações intersetoriais e de organização da própria estrutura pertinentes e adequadas. Destaca-se que foi dado um importante passo ao serem consideradas urgentes as providências para implantação dos 4 PSFs urbanos e do PACS na zona rural.

Entretanto, verifica-se na atualidade que não foi possível garantir a resolução do CMS-A., e isso ressalta outro ponto importante: apesar de significativas, além de decididas, essas ações precisam ser mantidas. Assim, com a mudança do gestor municipal, as atas de 2009 relatam que não foi implementado como deveria o Plano de Reorganização da Atenção Básica, as reuniões voltaram a ser mensais, intercaladas com as das Comissões, mas sem expressão dessa alteração, os conselhos gestores de

Unidades não se efetivaram, e perdeu-se a noção macro de ordenamento de fluxos de saúde em Araçuaí, sem que o CMS-A tenha conseguido impor suas determinações e decisões.

A dinâmica das atas e o desenrolar dos fatos em Araçuaí demonstra que o controle social, nos moldes em que se dá, funciona adequadamente quando há interação e participação competente dos gestores, situação em que há uma justa compreensão da dimensão e importância desse controle por todas as partes. Por outro lado, se não há cooperação, ou a gestão da saúde deixa de ser democrática e organizada, o CMS parece não ter agilidade institucional para abordar a questão e resolvê-la a tempo de não permitir retrocessos significativos.

É evidente que há autonomia para o chefe do poder executivo, e que as deliberações do Conselho devem ser por ele homologadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001) mas há uma paralisação do CMS se, por exemplo, o gestor não entrega a prestação de contas, não passa pela aprovação do Conselho a contratação de uma consultoria em saúde (no caso, com custos anuais muito elevados), e um posicionamento do Ministério Público tarda a chegar. Todas essas situações estão descritas nas atas avaliadas.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde aponta os principais problemas relativos ao controle social através do CMS e a maioria delas se pode encontrar também no CMS-A. A questão do financiamento tem sido, ao longo dessa década de implantação do SUS, um dos temas mais candentes na sua agenda de construção.

Durante a década dos noventa, a crise do financiamento se expressou através de montantes insuficientes, irregularidade dos fluxos financeiros, necessidade de superar formas e critérios de repasse que não contemplavam a equidade como princípio orientador. Na prática, os propósitos de universalização, integralidade e equidade previstos constitucionalmente não foram alcançados e os recursos governamentais destinados à sua manutenção têm sido cada vez mais insuficientes e degradantes (CASA DEI e GÓIS). É preciso garantir formas efetivas de que os recursos ajudem a constituir garantia de acesso, de qualidade e de humanização da atenção, além de aumentarem a equidade.

Nesse sentido, uma das grandes dificuldades do CMS-A diz respeito aos mecanismos de controle de gastos. A análise plena dos orçamentos ainda não é uma realidade, seja pela complexidade – proposital ou não – da contabilidade pública, seja

pela dificuldade em executar os orçamentos aprovados (11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000).

Há ainda vários recursos executados fora dos Fundos de Saúde, como no caso da assessoria em saúde contratada pelo gestor municipal de Araçuaí, sem apreciação e aprovação pelo CMS-A, contrariando as disposições legais e desprezando a importância da discussão de orçamento e metas de saúde.

O CMS-A, e outras instâncias, não possuem estrutura suficiente para realizar auditorias rotineiras. Não há acompanhamento efetivo das licitações, o que permite superfaturamentos e desvios. As emendas parlamentares, se aprovadas pelo CMS, podem constituir importantes recursos adicionais, mas sem a regulação não contemplarão as prioridades definidas nos planos de saúde e planos plurianuais de investimento. (11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000).

O Conselho é um espaço que deve sempre questionar se estão sendo respeitadas as diretrizes do SUS frente a cada iniciativa do sistema: garante-se o acesso universal, a integralidade do Sistema, a equidade na alocação de recursos, o controle e a participação sociais, e a justa aplicação dos recursos e financiamento?

Contudo, os Conselhos de Saúde, e também o CMS-A, carecem de autonomia frente ao Executivo, e esse é um ponto crucial que determina a dependência, a concentração e o abuso do poder, extremamente desgastante e desmotivador quando há falta de compromisso político e perfis inadequados de determinados gestores, que agem com falta de responsabilidade e de compromisso com a gestão democrática e respeito às instâncias de controle social do SUS (BRASIL, 2000).

Foram apontados vários aspectos que dificultam o desenvolvimento dos mecanismos de controle social, que são perfeitamente aplicáveis ao CMS-A: ausência de uma cultura de controle social e transparência na gestão dos recursos públicos, agravada pelo autoritarismo dos gestores no exercício do governo, a desarticulação dos conselhos com a sociedade, com os poderes constituídos e com outros conselhos; receio, dos Conselheiros, de possíveis represálias do poder político; falta de divulgação e transparência das discussões e deliberações dos conselhos nacional e estaduais para os conselhos municipais e destes para as comunidades; falta de informações quanto aos princípios e legislação do SUS pelos cidadãos de forma geral; e a dificuldade de recorrer ao judiciário e a outros mecanismos de exercício do controle social. (11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000)

Portanto, a questão da consolidação da ESF através dos CMS é mais complexa do que parece, e provavelmente só se efetivará através da constituição de diretrizes, como por exemplo as instituídas pelo Plano Diretor, que possam se sobrepor à falta de conhecimento e às vontades tantas vezes ilegítimas dos governantes.

O comportamento geral quando o tema é controle social está descrito com perfeição no documento entregue ao Secretário Estadual de Saúde pela presidente do CMS-A. (ANEXO II). As possibilidades de descumprimento desse controle são amplas e virtualmente difíceis de cercear, pois as práticas políticas nos nossos municípios e no nosso País estão ainda fortemente atreladas ao clientelismo, à falta de espírito público verdadeiro, à exploração da ignorância de grande parte da população e à dubiedade de comportamentos da assim chamada elite brasileira.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstra que a contribuição do Conselho Municipal de Saúde para a regulação e institucionalização da Estratégia de Saúde da Família, ainda é muito menor que a necessária, pela série de fatores discutidos. O Plano Diretor da Atenção Básica, se implementado, pode servir de diretriz para o CMS-A perseguir as metas de reorganização da atenção à saúde em Araçuaí, mas essa decisão depende em grande parte do poder executivo, que pode funcionar facilmente como entrave aos avanços pretendidos.

Propor mecanismos de sustentabilidade e garantia para o ordenamento do processo de trabalho dentro de um novo modelo de assistência à saúde exige do CMS-A, e dos CMS em geral, um esforço gigantesco, desestimulado pela falta de apoio, em tempo real, das instâncias públicas de asseguramento de direitos e pela pouca participação popular de peso dentro dessa instância.

A noção de redes de assistência precisa ser mais apreendida e é necessário modificar a dinâmica do funcionamento do CMS-A, ampliando seu poder implementador e fomentador de novas políticas e práticas para, verdadeiramente, o Conselho Municipal de Saúde funcionar como instrumento de consolidação da Estratégia de Saúde da Família e Organização da Atenção Básica.

Finalmente, espera-se que este trabalho contribua com o Conselho Municipal de Saúde de Araçuaí no sentido de servir como subsídio para análise da sua atuação e fonte de consulta útil para os profissionais de saúde, para que memorizem e compreendam a atuação do Órgão que tem por finalidade e dever gerenciar a Política de Saúde Municipal, sempre em consonância com as diretrizes do SUS.

Livro de ata
do
Conselho Municipal
de Saúde de Araçuaí
Cerimônia de Abertura

Contém este livro 50 (cinquenta) páginas numeradas, que servirão para registrar as atas das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde de Araçuaí.

Ata de posse do Conselho Municipal de Saúde de Aracuaí

Aos 04 dias do mês de abril de 1994, na sede da Câmara Municipal de Aracuaí - MG, situada na praça Rui Barbosa, 26 às 19:10, o secretário Municipal de Saúde esclarece a todos presentes sobre a importância da existência do Conselho, e como foi formado. Em seguida passa a palavra ao chefe do executivo, Sr. Manoel Messias, que numa rápida exposição falou aos presentes, que considerava ótima a representatividade dos membros, e naquele momento empossou os mesmos. Sendo que o Conselho ficou formado com os seguintes membros:

Representantes do executivo:

Sec. V. Humana = Maria Angela Marques Soares

Sec. Educação = Maria Lídia T. de Jesus

Sec. Saúde = Cláudio da Cunha Melo

Representantes do setor finanças = Antônio Bezerra Leite

Representantes de saúde = Sr. Insperon da C. Melo

Sindicato T. rurais = Silvano Anelias Franca

Sindicato patronal = José Eduardo Jardim Neta

Rotary Club = Marcos Wendell C. Melo

Representante da AMA = Salite Maria Silva

Representante dos baianos = Gilvana Esteves Santos

Representante do hospital = Iris Sales Reis

Representante da Jcaó s^{to} Antônio = Sr. Maria Silma Saranjeira

Ao finalizar, Sr. Cláudio da Cunha Melo, pediu a colaboração dos senhores vereadores, que são responsáveis pelo setor.

Não havendo nada mais a tratar eu, secretária laurei a presente ata, que depois de lida

ANEXO II

Araçuaí, 24 de setembro de 2009.

Ilmo. Sr. Dr.
Marcus Vinícius Pestana,

É com esperança e ousadia que escrevo um pouco de nossa história, nossas marcas, nossas vitórias e derrotas. Prefiro fazer uma comparação entre o CINTO DE SEGURANÇA E CONSELHO DE SAÚDE para tentar ressaltar a importância do CONTROLE SOCIAL.

As vítimas de acidentes de trânsito contribuem para aumentar o índice de mortalidade e de portadores de seqüelas neurológicas no Brasil. Para o SUS, isso significa gasto; e para o país, prejuízo. Um dos grandes aliados dos motorista, dos passageiros e do governo é o CINTO DE SEGURANÇA.

Também é grande o índice de desperdício dos recursos públicos de saúde, da falta de resolubilidade dos serviços existentes e da baixa qualidade da assistência oferecida, mesmo diante dos esforços de vários protagonistas da Política de Saúde no Brasil. Para o SUS, isso é gasto; e para o país, prejuízo. Neste caso, o grande aliado do Gestor de Saúde (responsável pelo planejamento e execução das Políticas de Saúde) é o CONSELHO DE SAÚDE.

Observe, abaixo, o quadro comparativo para exemplificar as afirmações anteriores:

CINTO DE SEGURANÇA	CONSELHO DE SAÚDE
<ul style="list-style-type: none">Quando o motorista está com pressa, sai sem o cinto de segurança para “agilizar”, “ir mais rápido”;	<ul style="list-style-type: none">Quando o gestor está com pressa, toma decisões importantes sem passar pelo Conselho de Saúde, para “agilizar”, “ir mais rápido”;
<ul style="list-style-type: none">Quando o motorista quer burlar a lei, puxa o cinto de segurança só para passar pela Blitz, nem o prende no lugar certo, é só de “mentirinha”;	<ul style="list-style-type: none">Quando o gestor quer burlar a lei, cria o Conselho de Saúde só para passar pelo Tribunal de Contas da União, apenas no papel, é só de “mentirinha”;
<ul style="list-style-type: none">Quando o motorista não faz a manutenção preventiva do veículo, o cinto de segurança pode emperrar quando ele mais precisar;	<ul style="list-style-type: none">Quando o gestor não prepara o Conselho de Saúde, garantindo as informações e garantindo a Educação Permanente dos membros, o Conselho de Saúde pode “emperrar” quando ele mais precisar;
<ul style="list-style-type: none">Quando o motorista cuida bem do seu carro e faz o uso correto do cinto de segurança, garante sua segurança na maioria das vezes.	<ul style="list-style-type: none">Quando o gestor cuida do Patrimônio do Município e é parceiro do Conselho de Saúde (faz o uso correto), garante sua segurança na maioria das vezes.

O Conselho Municipal de Saúde de Araçuaí (CMS-A) tem orgulho de ter participado de todas as Conferências Estaduais e Nacionais, desde 1998, sempre com delegados eleitos por seus pares legítimos em Conferências/Seminários e garantindo a paridade na representação nesses eventos. Essa é uma marca! Com esta marca, conseguimos várias vitórias para a saúde local e regional.

O CMS-A teve seu presidente eleito entre os membros, não sendo o Secretário Municipal de Saúde, mesmo antes o Conselho Nacional de Saúde o ter. Essa é outra marca! Com esta marca, avançamos; mas encontramos muita dificuldade para realizar nosso trabalho.

Infelizmente, não participaremos da próxima Conferência Estadual de Saúde, programada para ocorrer no próximo mês de outubro, pois desde maio do corrente, não recebemos nenhuma correspondência, nem mesmo as revistas do CONASEMS ou CONAS. Isso é retrocesso! É uma pena!!!

A esperança deste ato é acreditar que o Senhor – Dr. Marcus Pestana, Deputado Estadual eleito e em licença para exercer a função de Secretário de Estado da Saúde, enquanto agente político, grande conhecedor e defensor do SUS, possa contribuir para que o CMS-A continue atuando de forma legítima e construtiva.

A ousadia deste ato é acreditar que nos ajudará, agregando valor à causa CONTROLE SOCIAL e fazendo a diferença para Araçuaí ser uma cidade saudável e o povo feliz realmente.

Respeitosamente,

Aline Sena Carmona

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, E. S.; CASTRO C. G. J; LISBOA, C. A. V. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
2. BRASIL. Lei nº **8.080**, de 19 de Setembro de 1990.
3. BRASIL. Lei nº **8.142**, de 28 de Dezembro de 1990.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. – 2. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 208 p.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: Leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro, 2001.
6. CAMARGO, C. B.; MISHIMA, S. M. **A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica**. Saúde soc. São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2009.
7. CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde. Comentário à Lei Orgânica de Saúde**. Ed. Hucitec. São Paulo, 1995.
8. CEABSF. UFMG. UAB. **Cartilha o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Pólo Araçuaí. Julho de 2008.
9. CEABSF. UFMG. UAB. **Curso de Especialização em Saúde da Família**. Pólo Araçuaí. Julho de 2008
10. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Regimento Interno**. Araçuaí, 2002.
11. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Regimento Interno**. Araçuaí, 2006.
12. CONSELHO NACIONAL DE SAUDE. **11ª Conferência nacional de Saúde. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social**. Brasília, dez/ 2000.
13. CONSELHO NACIONAL DE SAUDE. Resolução nº 333. Brasília, Nov/2003
14. FARIA, H.P. et al. **Unidade Didática I: Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde - Mod. 2**. Editora UFMG; NESCON/UFMG, Belo Horizonte, 2008.
15. FRANCO, T.B. e MERHY, E. E. **Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial**; São Paulo, 2006.

16. FUJIWARA, L. M. et al. **20 experiências de Gestão Pública e Cidadania. Programa de Gestão Pública e Cidadania**, 1998.
17. MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Ed. IPEA, Brasília, 1993.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS e o Controle Social Guia de Referência para Conselheiros Municipais**. Coordenação de Projetos de Promoção de Saúde. Brasília – DF – 1994.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS e o Controle Social Guia de Referência para Conselheiros Municipais**. Coordenação de Projetos de Promoção de Saúde. Brasília – DF – 2001.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Promoção da Saúde**, PNUD-MS, Brasília, 2001.
21. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Secretaria Executiva. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília. 2001.
22. PAIM, J.S. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde**, pp. 367-381. Saúde – política e reforma sanitária. Ed. Cooptec/ISC. Salvador, 2002.
23. PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇUAÍ – Secretaria de saúde. **Relatório de Gestão**. 2007 e 2008.
24. RONZANI, T. M.; STRALEN, C. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. Nov.2003.
25. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
26. VIANA, A. L. D.; DAL POZ, Mario Roberto. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Physis, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, dez. 1998.