

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SOCIOLOGIA POLÍTICA**

Kênia Mara Gaedtke

**AS RELAÇÕES INTERSETORIAIS NOS CONSELHOS
MUNICIPAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO
NOS CONSELHOS DE JOINVILLE, JARAGUÁ DO
SUL E BALNEÁRIO BARRA DO SUL – SC.**

Dissertação submetida ao
Programa de Pós
Graduação em Sociologia
Política da Universidade
Federal de Santa Catarina
para a obtenção do Grau de
Mestre em Sociologia
Política.

Orientador: Profa. Dra.
Marcia Grisotti

Florianópolis
2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da Universidade Federal de Santa Catarina

G127r Gaedtke, Kênia Mara
As relações intersetoriais nos conselhos municipais de saúde
[dissertação] : um estudo de caso nos Conselhos de Joinville, Jaraguá
do Sul e Balneário Barra do Sul - SC / Kênia Mara Gaedtke ;
orientadora, Marcia Grisotti. – Florianópolis, SC, 2011.
148 p.: tabs., mapas

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina,
Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação
em Sociologia Política.

Inclui referências

1. Sociologia política. 2. Conselhos de saúde - Santa Catarina. 3.
Intersetorialidade. I. Grisotti, Marcia. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós- Graduação em Sociologia Política. III.
Título.

CDU 316

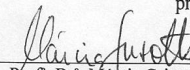


Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política
Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Campus Universitário - Trindade
Caixa Postal 476
Cep: 88040-900 - Florianópolis - SC - Brasil
E-mail: ppgsp@cfh.ufsc.br

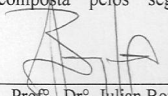
**“AS RELAÇÕES INTERSETORIAIS NOS CONSELHOS
MUNICIPAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO NOS
CONSELHOS DE JOINVILLE, JARAGUÁ DO SUL E
BALNEÁRIO BARRA DO SUL - SC.”**

Kênia Mara Gaedtke

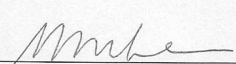
Esta dissertação foi julgada e aprovada em sua forma final pela Orientadora e pelos demais membros da Banca Examinadora, composta pelos seguintes professores:



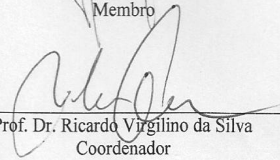
Prof. Dr.ª Márcia Grisotti
Orientadora



Prof. Dr.º Julian Borba
Membro



Prof. Dr.ª Maria Helena Machado
Membro



Prof. Dr. Ricardo Virgílio da Silva
Coordenador

FLORIANÓPOLIS, (SC) ABRIL DE 2011.

Fone (48) 3721-9253

Fax: (48) 3721-9098

<http://www.sociologia.ufsc.br/>

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que de uma maneira ou de outra dispensam parte do seu tempo às questões e às construções coletivas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos conselheiros, conselheiras e secretárias executivas dos conselhos municipais de saúde dos municípios de Balneário Barra do Sul, Jaraguá do Sul e Joinville, especialmente aos que me concederam entrevistas, pessoas sem as quais este trabalho não seria possível.

Sou imensamente agradecida à professora Marcia Grisotti, que me orienta e me estimula intelectualmente desde a graduação, pelo empenho não só na construção desta pesquisa, mas em todos os eventos e pesquisas que são realizados no ECOS (Núcleo de Ecologia Humana e Saúde).

Agradeço com carinho aos colegas e amigos do ECOS pelas valiosíssimas colaborações, sempre. Um agradecimento especial aos colegas da turma de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, assim como aos nossos professores e professoras e à equipe da secretaria.

Agradeço especialmente ao professor Julian Borba e às professoras Águeda Wendhausen e Maria Helena Machado, que me fortaleceram com colocações e questionamentos valiosos na qualificação do projeto de pesquisa e na defesa da dissertação.

Aos meus amigos e amigas, e aos meus irmãos Junior e Bárbara, com quem posso sempre contar (e que podem sempre contar comigo).

À minha avó Nazira e à minha “oma” Elvira, pela sabedoria e serenidade que só os anos trazem aos seres humanos.

É impensável não agradecer também, com muito amor, ao meu querido Jeandrey, que se dispôs a tantas mudanças nestes últimos tempos para me acompanhar nos caminhos da vida.

E meu maior agradecimento será sempre ao meu pai e minha mãe, Mimo e Mari. Para eles. E por eles.

Tenho em mim todos os sonhos do mundo.

(Fernando Pessoa / Álvaro de Campos)

RESUMO

Os conselhos municipais de saúde (CMS) são resultado importante do processo de lutas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, sistema este que prevê os conselhos, juntamente com as conferências de saúde, como espaços de participação e controle social. Apesar dos avanços conquistados ao longo dos anos, os CMS ainda encontram dificuldades para a consolidação de suas atribuições. A hipótese principal desta pesquisa é a de que a articulação intersetorial é uma das ações capazes de fortalecer os CMS. A pesquisa parte de duas frentes: uma teórica, que traça uma aproximação entre o conceito de intersetorialidade e a noção de interdependência proposta por Norbert Elias, e outra empírica, através da pesquisa de campo em três CMS do estado de Santa Catarina. Os resultados reafirmam a hipótese inicial, tendo claro que a articulação intersetorial fortalece um CMS mas não é isoladamente garantia de sucesso, visto a importância de outros fatores, como o reconhecimento das ações do conselho por parte dos gestores municipais e a garantia de uma estrutura mínima de trabalho, tanto material quanto humana.

Palavras-chave: Conselhos Municipais de Saúde, Interdependência, Intersetorialidade

ABSTRACT

The municipal health councils (CMS) are important outcome of the process of struggle by the Unified Health System in Brazil, a system that provides advice, along with health conferences as forums for participation and social control. Despite the advances made over the years, CMS is still difficult to consolidate their authority. The main hypothesis of this research is that inter-sector collaboration is one of the actions that can strengthen the CMS. The research on two fronts: a theory, which draws a connection between the concept of intersectionality and the notion of interdependence proposed by Norbert Elias, and other empirical, through field research in three CMS in the state of Santa Catarina. The results confirm the initial hypothesis, having clear that a stronger intersectoral linkages but CMS is not alone guarantee success, given the importance of other factors such as the recognition of the council's actions on the part of municipal managers and ensuring a minimum framework of work, both material and human.

Keywords: Municipal Health Councils, Interdependence, Intersectorality.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1: Relações estabelecidas nos e a partir dos Conselhos Municipais de Saúde.....	29
Quadro 2: Intersetorialidade a partir de um CMS.....	56
Quadro 3: Proposta do modelo de análise da pesquisa.....	60
Quadro 4: Níveis de intersetorialidade no CMS de Balneário Barra do Sul.....	119
Quadro 5: Níveis de intersetorialidade no CMS de Jaraguá do Sul.....	121
Quadro 6: Níveis de intersetorialidade no CMS de Joinville.....	123
Figura 1: Mapa do estado de Santa Catarina - Destaque para a microrregião de Joinville.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BBS – Balneário Barra do Sul
CES – Conselho Estadual de Saúde
CLS – Conselho Local de Saúde
CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COMCAP – Companhia Melhoramentos da Capital
JGS – Jaraguá do Sul
JLLE - Joinville
MOPS/SC – Movimento Popular de Saúde de Santa Catarina
MP – Ministério Público
PSE – Programa Saúde nas Escolas
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	21
CAPÍTULO 1: AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL. ONDE ENTRAM OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE?.....	25
1.1 Conselhos municipais de saúde.....	27
1.1.1 Relação do conselho municipal de saúde com o processo decisório das políticas municipais de saúde (A).....	30
1.1.2 Relação do conselho municipal de saúde com a população usuária do SUS (B).....	33
1.1.3 Relação do conselho municipal de saúde – e dos conselheiros especificamente – com as instituições/entidades representadas (C)	34
1.1.4 Relação do conselho municipal de saúde com os demais conselhos gestores, e destes com outros mecanismos de controle social (Ministério Público, Corregedoria e Promotoria) (D).....	36
1.1.5 As relações que se estabelecem no interior do conselho municipal de saúde (E).....	38
1.1.6 Algumas considerações sobre a produção acadêmica acerca dos CMS	41
CAPÍTULO 2: INTERSETORIALIDADE E INTERDEPENDÊNCIA – AS PERSPECTIVAS EM DIFERENTES ÁREAS DO CONHECIMENTO E A CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS ANALÍTICAS.....	43
2.1 A contribuição da <i>interdependência</i> de Norbert Elias.....	44
2.2 <i>Intersetorialidade</i> e políticas de saúde.....	49
2.3 O conceito de intersectorialidade e a construção analítica utilizada neste trabalho.....	55
CAPÍTULO 3: ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL NOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: ESTUDOS DE CASOS.....	61
3.1 A pesquisa de campo.....	61

3.2 Características gerais da microrregião e dos municípios.....	68
3.3 Descrição dos Conselhos Municipais de Saúde pesquisados.....	70
3.3.1 CMS – Balneário Barra do Sul.....	70
3.3.2 CMS – Jaraguá do Sul.....	81
3.3.3 CMS – Joinville.....	88
3.4 A articulação intersetorial nos conselhos municipais de saúde de Balneário Barra do Sul, Jaraguá do Sul e Joinville.....	95
3.4.1 Articulação Intersetorial Local (Com outros conselhos gestores do município, fóruns, câmara de vereadores e outros setores públicos).....	97
3.4.2 Articulação Intrasetorial (Com outros conselhos municipais de saúde da região; com conselho estadual e nacional de saúde).....	106
3.4.3 Articulação Intersetorial com Ministério Público, Promotoria e Corregedoria.....	113
3.4.4 Aplicação da proposta analítica sobre as relações interssetoriais nos conselhos municipais de saúde de Balneário Barra do Sul, Jaraguá do Sul e Joinville.....	118
3.4.4.1 Níveis de interssetorialidade no CMS de Balneário Barra do Sul.....	118
3.4.4.2 Níveis de interssetorialidade no CMS de Jaraguá do Sul.....	120
3.4.4.3 Níveis de interssetorialidade no CMS de Joinville.....	121
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES	
FINAIS.....	124
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	130
ANEXOS.....	136

INTRODUÇÃO

As políticas de saúde são um importante objeto para a compreensão sociológica da realidade brasileira. O processo de descentralização político-administrativa que vive o Brasil, principalmente a partir da Constituição de 1988, fez da área da saúde o seu modelo mais amplo e radicalmente aplicado (Fleury et al, 1997). Além disso, as políticas de saúde e o saneamento tiveram importante papel na penetração do Estado no território e na sociedade brasileira (Hochman, 2006). Isto demonstra a importância de se aprofundar os conhecimentos sociológicos não só sobre as políticas de saúde em si, mas também sobre o canal de participação social que se abre a partir da década de 1990: os conselhos municipais de saúde.

Os conselhos municipais de saúde foram e continuam sendo objeto de inúmeros estudos. No entanto, apesar de existir um acúmulo de informações sobre a dinâmica de funcionamento dos conselhos, analisados isoladamente, há pouco avanço em termos comparativos e avaliativos em relação ao impacto dos conselhos sobre a gestão das políticas de saúde pública e sobre as possibilidades de articulação intersetorial. Por outro lado, há uma preocupação crescente, dentre gestores e pessoas que pensam e que executam a saúde no Brasil, com a intersectorialidade, concebendo a saúde em seu aspecto amplo, intrinsecamente ligada às demais esferas da vida e da administração pública. Essa preocupação se evidencia em algumas ações de governo e em vários trabalhos acadêmicos, mas é no relatório da XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, que encontra-se o ápice desta forma de encarar a saúde: são inúmeros pontos que enfocam este tema, defendendo a articulação de ministério, secretarias estaduais e municipais, conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde com órgãos e entidades de outros setores, na busca por uma parceria que fortaleça não só o direito à saúde como também os demais direitos previstos na Constituição.

Isso não quer dizer, contudo, que a consolidação dessa intersectorialidade seja algo fácil, mas também não se pode negar que o fato de a intersectorialidade estar nas pautas de discussão já é por si só notável, e em certa medida, inédito.

Esta dissertação foi pensada com o objetivo geral de acompanhar e analisar a dinâmica de três Conselhos Municipais de Saúde de uma microrregião do Estado de Santa Catarina, verificando a existência de ações intersetoriais e a influência destas ações no êxito dos conselhos. Este objetivo desdobra-se em três objetivos específicos, a saber:

1. Analisar os vínculos estabelecidos entre os Conselhos e as entidades representadas, as Unidades de Saúde e os demais órgãos públicos vinculados à saúde;
2. Verificar se há, e em que grau se dá a relação dos conselheiros com os demais conselhos gestores dos municípios, com outros espaços de participação e controle social existentes, e com outros CMS da região.
3. Propor uma aproximação teórica entre intersectorialidade e a ideia de interdependência proposta por Norbert Elias.

Relacionando os dados do campo com a literatura existente, a pergunta que baseou esta pesquisa foi “a intersectorialidade minimiza as dificuldades encontradas pelos CMS para sua consolidação?”. Neste sentido, a hipótese em que se centrou inicialmente este trabalho é a de que a articulação intersectorial possibilita o êxito das políticas públicas de saúde. Dentro desta hipótese a articulação dos CMS com instâncias diversas seria um aspecto crucial que contribuiria para o êxito destes espaços.

A construção teórica desta dissertação manteve-se bastante amparada na teoria dos processos sociais de Norbert Elias, utilizando a noção de interdependência que este autor apresenta para compreender as ações intersectoriais que vêm sendo propostas tanto por gestores quanto por acadêmicos. A utilização da noção de interdependência eliasiana já se percebe em alguns trabalhos da área da sociologia da saúde, como em Côrtes (2009) e Hochman (2006), por exemplo. Hochman defende que o processo de coletivização da saúde no Brasil, de como o Estado foi se tornando o responsável pela saúde é resultado, dentre outros fatores, “da difusão da consciência da interdependência (consciência dos efeitos externos) [...]. A consciência da interdependência social é um elemento crucial na constituição de uma coletividade, na percepção da existência de laços com uma comunidade nacional” (op. cit., p. 39)

No primeiro capítulo, tratar-se-á das políticas de saúde através de um breve histórico em que se instala o conceito de controle social que ampara os conselhos municipais de saúde. Estes espaços de participação são tratados a partir de uma revisão bibliográfica que categoriza as diferentes relações estabelecidas nos e a partir dos CMS, enfocando principalmente os limites e dificuldades dos conselhos apontados na literatura. O segundo capítulo, também de cunho teórico, propõe uma aproximação entre o conceito de intersectorialidade e a noção de interdependência proposta por Norbert Elias, e apresenta a ideia de intersectorialidade com a qual se está trabalhando nesta pesquisa.

Já o terceiro capítulo apresenta o estudo de caso nos três conselhos municipais de saúde, iniciando-se com a contextualização dos municípios e dos conselhos especificamente, partindo posteriormente para a apresentação dos dados sobre as relações intersectoriais destes CMS, traçando uma análise interpretativa desta intersectorialidade ao fim do capítulo. As conclusões e considerações finais retomam a discussão sobre a hipótese inicial da pesquisa e tratam de algumas outras questões averiguadas no campo empírico consideradas relevantes.

1. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL. ONDE ENTRAM OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE?

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado de um longo processo de lutas e negociações, sendo proposto e complementado na Lei Orgânica de 1990 e nas Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996. Com base nos preceitos da Constituição de 1988, este modelo de assistência em saúde prevê a operacionalização dos seguintes princípios (Grisotti e Patrício, 2006):

a) Universalidade e equidade – Acesso aos serviços de saúde garantido à toda a população, sem distinção, e levando em consideração as necessidades específicas de cada grupo e/ou indivíduo.

b) Descentralização – As ações e os serviços de saúde passam a ser gestadas pelos estados, municípios, distritos e unidades locais de saúde, através da transferência de recursos e de poder de decisão.

c) Integralidade – as ações de saúde devem estar voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, levando em conta que o usuário do sistema é um ser social integrante de uma realidade concreta. Este princípio prevê romper com ofertas descoordenadas dos serviços de saúde.

d) Regionalização, hierarquização e resolutividade – em busca da máxima suficiência e eficácia nos atendimentos municipais e regionais, com unidades de saúde articulando-se conforme níveis de atenção, garantindo a referência e contra-referência dos usuários¹.

e) Participação – Este princípio prevê que o SUS deve ser administrado com a participação direta dos usuários e trabalhadores da saúde, através principalmente das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

Mais de vinte anos após a criação do Sistema Único de Saúde, o que se percebe é que cada um destes princípios ainda apresenta uma série de dificuldades na busca por

¹ Segundo Grisotti e Patrício (*op. cit.*, p. 35), referência é o “ato de encaminhamento de um paciente atendido em determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade” e contra-referência é o “ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem após resolução da causa responsável pela referência”.

consolidação. Mesmo que se tenha a consciência de que estes estão intrinsecamente ligados, nesta dissertação dar-se-á atenção especial a um destes princípios norteadores, que trata da participação e controle social. Para isso, é importante retomar a forma como o próprio conceito de “controle social” foi se invertendo. De acordo com Correia (*op.cit.*), nas ciências política e econômica a expressão *controle social* é ambígua, construída no eixo da relação entre Estado e Sociedade Civil, e apresenta duas concepções diferentes. A primeira concepção entende controle social como controle do Estado sobre a sociedade. Neste sentido, segundo o Dicionário de Política (Bobbio, Matteucci e Pasquino, 1993, p. 283), controle social é

o conjunto de meios de intervenção, quer positivos quer negativos, acionados por cada sociedade ou grupo social a fim de induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam, de impedir e desestimular os comportamentos contrários às mencionadas normas, de restabelecer condições de conformação, também em relação a uma mudança do sistema normativo.

Uma segunda concepção de controle social entende este como o controle da sociedade, ou de setores organizados da sociedade, sobre as ações do Estado. Para Correia (*op. cit.*, p. 49),

o campo das políticas sociais mostra-se contraditório, pois através delas o Estado controla a sociedade, ao mesmo tempo que incorpora suas demandas. É nesse campo contraditório das políticas sociais que nasce um novo conceito de controle social: atuação de setores organizados na sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às necessidades e demandas sociais e aos interesses da coletividade.

É nesta segunda concepção, fortalecida no contexto das políticas sociais, que a ideia de controle social passa a ser atribuída à participação da população. E o controle social em saúde, a partir da implantação do SUS, é previsto através dos conselhos e conferências, nas instâncias federal, estaduais e municipais. Neste trabalho, nos detemos às particularidades dos conselhos municipais de saúde.

1.1 Conselhos municipais de saúde

Quando se trata da produção acadêmica sobre os conselhos gestores municipais, percebe-se que já há uma literatura considerável sobre o tema. Côrtes (*in Santos Junior et. al.*, 2006) divide essa literatura sobre conselhos em dois conjuntos de trabalhos: as pesquisas e avaliações que descrevem processos participatórios em conselhos municipais particulares, e outros que elaboram panoramas gerais sobre os tipos de conselhos existentes. Para a autora, estes trabalhos

formam um acervo de dados empíricos que tem subsidiado o debate acadêmico e político sobre o tema. Eles possibilitam a formulação de generalizações sobre o funcionamento e papel desempenhado pelos conselhos no contexto de cada área de política pública e nas transformações gerais que o sistema de proteção brasileiro enfrentou. (Côrtes, *op cit*, pág. 251)

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1992), Conselho de Saúde é o órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos Estados e Municípios, com composição, organização e competência fixadas em lei. Os Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais podem, conforme o Ministério da Saúde (*op. cit.*):

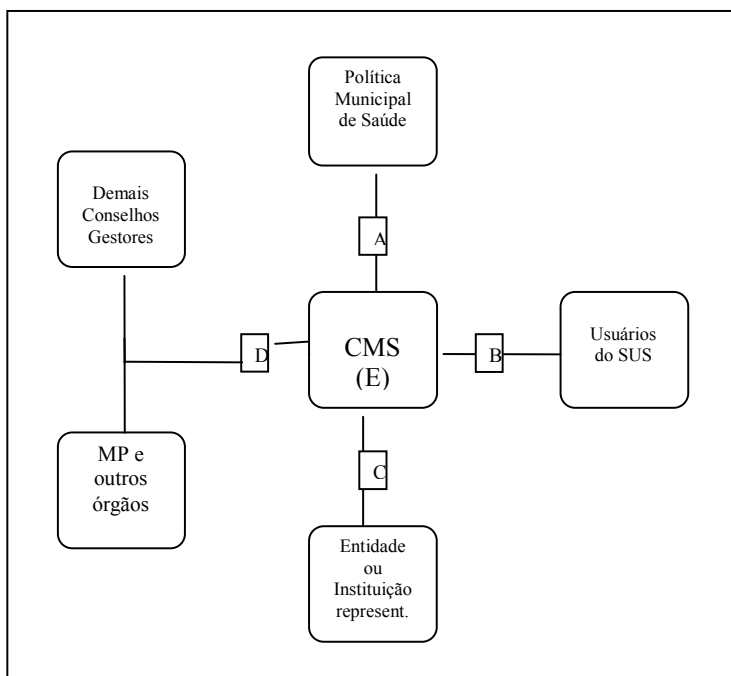
1. Atuar na formulação e controle de execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa;

2. Estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível estadual e municipal;
3. Traçar diretrizes às diversas realidades epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;
4. Propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;
5. Propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde;
6. Examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito das deliberações do Colegiado;
7. Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde;
8. Propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde;
9. Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde;
10. Estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde;
11. Propor critérios para programação e para as execuções financeiras e orçamentárias dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos;
12. Estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;
13. Elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento;
14. Estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde;
15. Definir outras atribuições estabelecidas pela Lei orgânica da Saúde e pela IX Conferência Nacional de Saúde.

Desta forma o Conselho deve poder atuar tanto na formulação quanto no controle social sobre a execução da política de saúde, e deve ter como pressupostos: a) a paridade do número de representantes dos usuários em relação do total de número de representantes dos segmentos do governo, dos prestadores de serviço e dos profissionais de saúde; e b) os

representantes devem ter plenas condições para serem os legítimos defensores dos segmentos que representam (Ministério da Saúde, *op. cit.*).

O que se percebe na literatura revista é que, mesmo com muitos avanços, ainda há vários limites impostos para que haja um efetivo êxito destes conselhos. As fragilidades apontadas pelos diversos autores foram categorizadas e organizadas na forma do fluxograma a seguir (embora consciente das dificuldades de categorizar questões que se apresentam tão próximas e fluidas), o qual procura demonstrar as diferentes relações que se estabelecem a partir de um Conselho Municipal de Saúde, e serviram de base para a construção de um panorama sobre os Conselhos no Brasil.



Quadro 1 : Rede de relações estabelecidas no e a partir do conselho municipal de saúde. Elaborado pela autora.

Este fluxograma é uma tentativa de apresentar visualmente a complexidade que envolve uma análise dos conselhos municipais de saúde. Propor uma avaliação de

êxito, participação e/ou efetividade de um CMS levando em conta apenas uma ou duas dessas relações pode ser um exercício demasiado simplista. Isso não significa que uma pesquisa não possa ou não deva priorizar uma análise centrada em algum aspecto específico – segundo Norbert Elias (*apud* Heinich, 2001, p. 123),

examinar o *todo* de um campo social não quer dizer exatamente examinar *todos* os seus acontecimentos. Trata-se de descobrir primeiramente as estruturas fundamentais que imprimem a todos os acontecimentos de um dado campo social, uma orientação e uma morfologia específicas.

Neste capítulo se propõe que se atente para pelo menos cinco diferentes relações. Isso não significa que sejam as únicas, mas serão as mais profundamente acompanhadas nesta pesquisa. Sobre cada uma delas, é possível encontrar referências na literatura revista:

1.1.1 Relação do conselho municipal de saúde com o processo decisório das políticas municipais de saúde (A)

A relação entre o Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde parece ser marcada por aproximações e afastamentos. Grisotti e Patrício (2006), em estudo em um CMS no Estado de Santa Catarina, detectaram um questionamento por parte de alguns membros da Secretaria Municipal de Saúde quanto à utilidade e à eficiência do CMS. Na mesma direção, Labra (2005) e Fleury *et. al.* (1997) destacam em seus textos que há críticas generalizadas à forma como as secretarias de saúde se relacionam com os CMS, sendo que muitas vezes estas fornecem informações sobre a gestão que são insuficientes para o desenvolvimento do trabalho do conselho (cf. Santos Junior *et al.*, 2004.). Gerschman (2004, p. 241) aponta, além da dificuldade que o executivo algumas vezes apresenta para encarar os conselhos como espaços deliberativos, também a dependência administrativa, financeira e técnica destes para

com as secretarias. Não por acaso, este ponto é levantado em boa parte da literatura sobre os CMS. Segundo Correia,

para o funcionamento do Conselho, faz-se necessária a existência de uma estrutura de apoio, como sala de reuniões, telefone/fax/internet/site, arquivo para documentos, endereço de referência para correspondências, além de uma secretaria executiva para fazer as atas das reuniões, xerocar e organizar subsídios, boletins informativos, etc. O Conselho precisa ter recursos próprios destinados pela secretaria de saúde à viabilização dessa estrutura de apoio. Tanto esses recursos como os necessários à participação dos conselheiros em seus fóruns próprios em nível regional, estadual e nacional e nas Conferências Estadual e Nacional de Saúde devem estar previstos nos Planos de Saúde da esfera correspondente. (Correia, 2005, p.125)

Moreira e Escorel (2009) também apontam essa questão como uma dificuldade. Estes autores, em pesquisa com 98% de todos os CMS brasileiros, perceberam que a dimensão “autonomia”² é a que apresenta aos piores resultados. Para eles,

os CMS tendem a se tornar dependentes dos interesses políticos que dirigem o poder Executivo, ficando impedidos de, por exemplo, contratarem auditorias, pesquisas e consultorias que lhes agreguem capacidade e saber técnico; de consolidarem agendas com outros conselhos e instituições; e de estabelecerem relação diária com a população. (Moreira e Escorel, 2009, p. 804)

Para estes autores, uma das maiores dificuldades para a consolidação da democratização via CMS está na visão dos

² Dentre as dimensões “acesso”, “autonomia” e “organização”, utilizadas na referida pesquisa.

gestores ultrapresidencialistas, que tendem a compreender o avanço da inclusividade como ameaça ao seu poder. Assim, seria fundamental a existência de um binômio “prefeitura participativa e sociedade organizada” para esta consolidação.

Menicucci (2005), partindo de uma perspectiva neo-institucionalista, aponta a dificuldade de se inverter uma relação historicamente dada sem que as conseqüências das políticas anteriores não se façam perceber. A autora coloca que o processo de democratização

permitiu a constituição e influência no processo decisório de novos atores, portadores de propostas alternativas para a saúde, em uma situação de desequilíbrios institucionais favoráveis à inovação institucional, mas que, pelo legado anterior, tendeu a inovações limitadas. (Menicucci, 2005, pág. 51-2)

Além disso, é importante atentar que a secretaria e o conselho não são os únicos atores no palco de decisões sobre a política municipal de saúde, pois há também instituições privadas de prestação de serviços, que coexistem fortemente com o SUS num histórico enlace (Teixeira e Oliveira, 1986; Menicucci, *op. cit.*).

Parece haver também uma forte influência das medidas tomadas em âmbito federal e estadual, que, mesmo que respeitem a autonomia municipal, acabam muitas vezes modificando a agenda pensada pelos munícipes. Há pesquisas que apresentam relatos de alguns conselheiros que reclamam dos pacotes de medidas impostos verticalmente às políticas de saúde dos municípios.

E ultrapassando as fronteiras nacionais, é preciso lembrar também que muitos autores destacam a influência que decisões macro, inclusive no cenário político-econômico internacional, têm sobre o modo como está estruturada a política de saúde nos municípios do país. Correia (*op. cit.*), numa perspectiva gramsciana, irá colocar que a possibilidade de socialização entre governo e segmentos da sociedade

está limitada pelas determinações macroestruturais da política econômica internacional e nacional, pelos interesses

privatistas em jogo, pela falta de vontade política dos gestores, pela incipiente consciência de classe da classe subalternizada e pela sua frágil organização, pelo refluxo dos movimentos sindicais e populares, entre outros. (Correia, 2005, p. 14)

Como se vê, o ideal de participação social no SUS precisa ser pensado levando em consideração aspectos que estão muitas vezes além do poder de deliberação dos conselheiros. A multiplicidade de atores envolvidos pede um olhar sociológico bastante prudente e sensato ao esperar ações/soluções de apenas um ou outro indivíduo ou grupo envolvido.

1.1.2 Relação do conselho municipal de saúde com a população usuária do SUS (B)

Aqui uma das questões que parece mais importante é a visibilidade dos conselhos. Segundo o Ministério da Saúde (2001, p. 83), “a visibilidade é uma condição que se caracteriza pela transparência da atuação dos conselhos. Neste sentido, devem ser criados canais de comunicação, por meio dos quais o Conselho presta contas do que faz à sociedade. A relação com os meios de comunicação local bem como a criação de boletins informativos e outros tipos de publicações, pelo próprio Conselho, são decisões importantes para garantir a visibilidade.”

Correia (*op. cit.*, p. 6) coloca que há pouca visibilidade social das ações dos Conselhos. Gerschman (*op. cit.*, p. 241) denuncia que algumas irregularidades que ocorrem levam a uma “completa inversão da ideia original dos conselhos”, e faz uma forte crítica ao fato de que a maioria dos conselhos não opera como canalizador de demandas da população, não serve como espaço de denúncia e tampouco tem visibilidade (ou ações que visem ocupar espaços de comunicação) para as pessoas da localidade.

De fato, o número de cidadãos que sabem da existência ou, sabendo da existência, compreendem a função dos conselhos municipais de saúde parece ainda ser pequeno, sendo que um possível elemento de visibilidade para estes

conselhos seja o fortalecimento dos conselhos locais, que se estabelecem mais próximos aos usuários, em suas comunidades. Grisotti e Patrício (*op. cit.*, p.116) citam que alguns CMS, na tentativa de se aproximar dos usuários do SUS, realizam suas reuniões de forma itinerante, nas comunidades. No entanto, segundo as autoras, para o CMS, “o significado de *aproximação* com a comunidade diz respeito ao deslocamento físico até a comunidade, mantendo-se a pauta de discussões sem alterá-las em função das especificidades da comunidade e das pessoas que estão presentes”, utilizando linguagem técnica e não contextualizando as discussões para as pessoas presentes.

Além disso, autores como Morita *et. al.* (2006, p. 54) criticam a forma como a burocracia impõe que da composição do conselho possam participar somente instituições formalmente organizadas, o que acaba por afastar grupos organizados e atuantes, mas que não têm estatuto legal e registro em cartório.

Ainda mais crítica fica a situação de pessoas que não estão ligadas a qualquer tipo de organização ou associação, conforme destacado por Santos Junior *et. al.* (2004) e Coelho (2004).

Ressalta-se assim que os autores analisados demonstram, quase que unanimemente, que ainda existe uma dificuldade bastante aguda na relação dos CMS com a população usuária do SUS em geral.

1.1.3 Relação do conselho municipal de saúde – e dos conselheiros especificamente – com as instituições ou entidades representadas (C)

Uma das perguntas que se faz aqui é: “quem está sendo representado nos conselhos?”. Há vários estudos que sugerem que o perfil dos representantes nos conselhos desenha uma espécie de elite participativa caracterizada por maior renda e escolaridade se comparada à média da população em geral. Lüchmann e Borba (2007), por exemplo, irão apresentar dados de municípios de Santa Catarina que corroboram com essa hipótese, assim como Santos Junior *et. al.* (2004) encontraram dados semelhantes em cinco regiões metropolitanas do país. Um apontamento a esse respeito é

dado por Morita *et. al.* (2006, p. 54), que afirmam que as instituições costumam escolher o “melhor” ou “mais capacitado” como representante no conselho, o que, segundo estes autores, traz questionamentos sobre a representatividade. Nesse sentido, discutem a ideia do representante como porta-voz, pois ainda há muita dificuldade em se realizar uma "representação representativa". Mesmo assim, as escolhas dos representantes podem estar vinculadas também a razões diferentes: tanto na literatura quanto na inserção ao campo empírico percebe-se que muitos conselheiros acabam sendo obrigados a representarem determinada instituição, sem vontade para tal, ou não confiando no poder de controle social do CMS. Estes aspectos fragilizam a representação, e distanciam o indivíduo conselheiro da base social da qual deveria ser reflexo. Segundo Correia (*op. cit.*, p. 69), “o conselheiro deve estar bem informado e deve manter vínculo orgânico com a entidade que representa, levando suas posições e defendendo os interesses coletivos”.

É possível perceber na literatura que os conselhos de saúde têm permitido a inserção dos usuários do sistema único de saúde de uma maneira inclusive mais eficaz que em outros conselhos (como o de assistência social, por exemplo, conforme Côrtes *in* Santos Junior *et. al.*, 2004). No entanto, como já citado acima, uma camada significativa da população acaba sem representação de nenhum tipo nesses espaços. Coelho (*op. cit.*, p. 12) chama a atenção para o fato de que, não assegurando a todos os afetados pela política em questão a chance de terem seus interesses representados, é possível que haja “uma situação onde se reforçará a exclusão daqueles segmentos que não estiverem representados nos conselhos”.

Em relação à participação dos movimentos sociais nos conselhos, pode-se citar Gerschman (*op. cit.*, p. 246), que aponta que o Movimento Popular de Saúde, figura fundamental no processo de democratização das políticas da área, hoje se divide em opiniões divergentes quanto à participação ou não nos conselhos de saúde, o que segundo a autora abre espaço pra inserção de entidades profissionais (como as entidades médicas) defenderem prioritariamente interesses corporativos.

Com tudo isso, evidencia-se a perda dos espaços criados pela Reforma Sanitária para a efetivação da política de saúde, pois embora o movimento participe dos Conselhos, não os tem como próprios e decisórios para alcançar o sistema de saúde almejado pelas populações carentes. (Gerschman, 2004, p. 247)

Também Bógus (1998, pág. 36) coloca que houve uma confusão em decorrência da criação dos conselhos, quando alguns movimentos sociais ligados à saúde não conseguiam distinguir os espaços, vendo os conselhos como seus prolongamentos. Para a autora, “a diferença, que deve ser mantida, entre os movimentos sociais e seu espaço de atuação e o espaço de participação popular institucionalizada, significa que o primeiro deve alimentar o segundo, mas não pode ser identificado ou se confundir com este”.

Há outra questão vista como limite desta representação institucional: a frequente dificuldade de que ocorra uma comunicação efetiva entre os conselheiros (tanto o titular quanto o suplente) e os demais membros da instituição representada, dificuldade que pode ocorrer tanto por problemas operacionais, como a falta de tempo hábil para isso, quanto por desinteresse de uma ou de ambas as partes em trocar essas informações. Lembrando os baixos índices de participação dos brasileiros na vida associativa, que refletem apatia e descrença da população na eficácia da participação e engajamento cívico, Labra coloca que

quanto à relação entre o conselheiro e a associação que representa, têm sido constatadas situações extremas: por um lado, inexistência de contatos; por outro, uma relação direta e estreita, sendo que este último caso, bastante freqüente, ocorre quando o conselheiro é ao mesmo tempo membro da diretoria de sua respectiva associação. Além disso, em geral, os conselheiros não consultam sua entidade previamente às reuniões do conselho ou não dão conta àquela das suas atividades e, quando fazem isso, a entidade raramente repassa as informações à comunidade. (Labra, op. cit., pág. 377)

1.1.4 Relação do conselho municipal de saúde com os demais conselhos gestores, e destes com outros mecanismos de controle social (Ministério Público, Corregedoria e Promotoria) (D)

Este é um ponto que não recebe tanto destaque quanto outros na literatura referente aos conselhos municipais de saúde, mas que merecerá atenção diferenciada ao longo deste trabalho, pois se entende que um conselho municipal de uma política específica, por mais atuante e fortalecido internamente e na sua relação com a secretaria, necessita estar inserido numa discussão ampliada sobre as políticas públicas não só da esfera municipal, mas também das demais. Acredita-se que isso lhe dá, além de maior visibilidade, também uma maior legitimidade e força no campo de disputa política.

Comerlatto *et. al.* (2007) defendem que é necessária uma intersetorialidade entre os conselhos gestores para que as políticas públicas deliberadas em um município sejam realmente orientadas a partir da demanda da sociedade. No entanto, colocam que esta intersetorialidade ainda é um desafio a ser perseguido. Para Santos Junior *et. al.* (*op. cit.*) os conselhos municipais, em geral, ainda estão pouco aparelhados para o exercício da função de monitoramento de políticas públicas. Assim, uma das questões desta pesquisa é identificar se o diálogo estreitado entre conselhos do mesmo município fortaleceria essa capacidade de fiscalização e monitoramento.

Os autores acima sugerem que uma forma dessa intersetorialidade ocorrer é através da criação de estruturas no interior da administração,

do tipo “coordenadoria de conselhos municipais”, responsáveis pela articulação e pela coordenação do funcionamento dos conselhos, com as atribuições de centralizar as informação referentes ao seu funcionamento e encaminhar suas resoluções e demandas para o poder público. (Santos Junior *et. al.*, 2004, p. 42)

Já Correia (2005, p. 75) defende que é preciso “articular as deliberações dos conselhos, suas denúncias e lutas em torno do direito à saúde com o Ministério Público, Comissões de Saúde das Assembléias Legislativas e das Câmaras de Vereadores, e com a Promotoria dos Direitos do Consumidor (Procon)”.

1.1.5 As relações que se estabelecem no interior do conselho municipal de saúde (E)

Este é um ponto bastante importante, que evidentemente está relacionado com todos os demais, afinal, atentar para as minúcias das relações estabelecidas no interior dos conselhos pode trazer elementos fundamentais à pesquisa. Aqui entram questões como, por exemplo, o convívio dos conselheiros nas reuniões, a participação e a deliberação no interior dos CMS, as comissões, a infra-estrutura, e a capacitação dos conselheiros.

Sobre a participação no interior dos conselhos Wendhausen (2005), partindo de uma análise foucaultiana de poder, coloca que há um grande silêncio em torno da participação, através da valorização apenas de um *discurso competente*, seja ele dos que detêm a autoridade hierárquica ou um saber instituído. Para a autora, esse silenciamento denunciaria o risco de que as práticas de participação podem, contrariamente ao que foi previsto, voltar-se contra a democracia. Esta preocupação com os conselheiros que estão nas reuniões, mas não tem uma participação efetiva nos trabalhos dos conselhos (especialmente na fiscalização e denúncia) também aparece em outros autores, como Morita *et. al.* (*op. cit.*) e Kujawa (2005).

Muitos autores colocam que uma das causas possíveis da pouca participação de alguns conselheiros é o desconhecimento que estes têm tanto de seu papel quanto de como executá-lo. Nesse sentido, a importância da capacitação destes conselheiros é ponto comum em praticamente toda a literatura referente aos CMS. As leituras demonstram a grande adesão dos autores à ideia de que é fundamental que os conselheiros tenham oportunidades de construção e transmissão de conhecimentos.

Correia (2005), em seu livro voltado especificamente para a capacitação de conselheiros de saúde, afirma que esta é uma das grandes fragilidades destes espaços: “os conselheiros, muitas vezes, não conhecem a dimensão do caráter deliberativo do conselho, não compreendendo, inclusive, seu papel”. Para a autora,

pode-se afirmar que a capacitação de conselheiros não levará à superação dessa realidade de alienação, descompromisso e manipulação, pois tal realidade tem determinantes bem maiores [...]. Mas poderá proporcionar ao conselheiro, dependendo da maneira como for conduzida, um maior acesso às informações diversas e o desenvolvimento de um senso crítico sobre a realidade social, política e econômica em que está inserido, legitimando uma agenda política que reafirme a efetivação do SUS e de seus princípios. (Correia, 2005, p. 16)

Wendhausen (2005, p. 158) coloca que “a formação de conselheiros através de pólos de educação permanente é uma das alternativas para socializar informações que são fundamentais para sua atuação.”

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) formulou, a fim de atender a uma demanda de todas as regiões do país, diretrizes nacionais para a capacitação de conselheiros de saúde. Neste documento (Brasil, 2003), o CNS afirma que

é fundamental desencadear processos de capacitação de Conselheiros de Saúde que possibilitem, além da compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e do processo de construção do modelo assistencial adequado a princípios e diretrizes, também uma compreensão ampliada de saúde, na qual seja possível uma maior articulação intersetorial, de modo que a ação do Conselho possa ser caracterizada como de formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida. (BRASIL, 2003, p. 07)

As diretrizes colocam a necessidade de uma capacitação descentralizada, contínua e permanente, levando em consideração as particularidades de cada estado e município. A preocupação com que estes momentos não sejam meros “eventos”, com transmissão verticalizada de conhecimentos, do técnico para o leigo, remete à leitura de Oliveira (2004), que trata da informação e da comunicação no interior dos conselhos de saúde e destes com a comunidade.

De acordo com o autor, a importância das ações de comunicação e de informação tem tido cada vez mais destaque nas conferências nacionais de saúde, principalmente porque estas ações viabilizariam uma maior participação no controle social das políticas de saúde. Ainda assim, para Oliveira, a ênfase dada a esses conceitos é muito mais instrumental e prescritiva, e não dialógica, como seria de supor ao se pensar na trajetória popular e democrática de formulação e implantação do SUS.

Não basta constatar a necessidade ou a importância da comunicação e da informação, mas o de passar desse estágio para outro em que sejam efetivados, concretamente, políticas, processos e recursos de comunicação e informação (preferencialmente dialógicos) para o exercício democrático do controle social e da participação popular no Sistema Único de Saúde. (Oliveira, 2004, p. 68)

Para este autor, o controle público através da participação popular nos CMS pode estar sendo dificultado pelas relações sociais assimétricas que determinam os alcances e os limites comunicacionais e informacionais, tanto do CMS com a comunidade, quanto em seu interior. Para além do trabalho de Oliveira, pesquisas recentes como as apresentadas por Cotta, Cazal e Martins (2010) e Oliveira e Pinheiro (2010) demonstram que as capacitações permanentes e de qualidade para os conselheiros de saúde continua sendo um dos pontos mais frágeis no processo de consolidação dos conselhos.

Por fim faz-se necessário apontar as questões referentes à infra-estrutura de um CMS, afinal, por mais capacitados e engajados que estejam os conselheiros, as dificuldades de não se ter local adequado para os encontros, material de escritório e de comunicação, ou um funcionário responsável pela execução da secretaria podem acabar desestimulando e até inviabilizando as atividades dos conselheiros, especialmente dos representantes do segmento usuário, que dificilmente recebem alguma ajuda de custo das associações que representam. A relevância deste aspecto é citada por diversos autores (Côrtes, *op. cit.*; Moreira e Escorel, *op. cit.*; Correia, *op. cit.* e outros), e parece estar ainda mais presente em municípios de menor porte, onde as condições de efetivação do trabalho do CMS esbarram em obstáculos ainda maiores (Gerschman, *op. cit.*). Em sua pesquisa, Moreira e Escorel (*op. cit.*, p. 795.) confirmam que “a distribuição por portes populacionais revela que os melhores resultados são os dos CMS de cidades com mais de 250.000 habitantes, e os piores, de população inferior a 50.000”, o que segundo os autores ocorre devido à dependência dos CMS em relação à secretaria municipal de saúde, e por estes municípios menores registrarem, geralmente, uma sociedade civil não tão mobilizada, e menos acostumada à negociação e à articulação política.

Ao menos neste ponto, é possível associar praticamente todos os autores citados até então: há uma confirmação de que a efetividade do CMS só se dará quando a população do município estiver ciente (e atuante) de sua existência, função e necessidade. Uma sociedade organizada e mobilizada poderá transformar um espaço meramente formal em palco de formação cidadã, negociações e deliberações importantes para a política de saúde do município. Segundo Gerschman (*op. cit.*, p. 244), “a efetividade dos conselhos relaciona-se à pressão exercida pelos usuários, pelos movimentos sociais organizados e profissionais de saúde e à maior proximidade da população com as autoridades locais”.

1.1.6 Algumas considerações sobre a produção acadêmica acerca dos CMS

Há hoje uma produção considerável sobre os conselhos municipais de saúde em todo o país. Em levantamento realizado em agosto de 2009 no banco de teses da Capes, em busca de produções que contenham em seu resumo as palavras “conselhos municipais de saúde” e/ou “conselho municipal de saúde”, foram apresentadas mais de 120 teses e dissertações. Ainda que nem todas as produções tivessem como objeto de estudo principal os CMS, a citação destes no resumo dos trabalhos aponta para uma preocupação crescente em se aprofundar o conhecimento acadêmico a respeito.

Esse número expressivo, longe de esgotar o debate sobre estes espaços, permite a criação de um conjunto de informações importante não apenas para a academia, mas também (e principalmente) para as instâncias políticas, onde o constante acompanhamento dos CMS contribui para seu aprimoramento. Citando Minayo (*in* Grisotti e Patrício, *op. cit.*, p. 13): “Chegou o momento de todos os que nos empenhamos na construção do SUS termos coragem de enfrentar o lado difícil da sua implementação”. Focar a análise a partir dos limites dos CMS não desmerece o SUS, mas certamente aponta novos caminhos a serem percorridos em busca de um efetivo controle social, por parte de todos.

A partir da leitura destes trabalhos, conclui-se que um ponto que merece maior atenção através de uma análise sociológica é, de fato, a articulação destes CMS, tanto dentro do setor saúde (através da relação com outros CMS da região, com os conselhos estadual e nacional, e como poder executivo do município), quanto com outros setores. A partir desta constatação é que surgiu a proposta desta pesquisa: verificar a intersectorialidade nos conselhos municipais de saúde, levando em consideração também a noção de interdependência proposta na sociologia de Norbert Elias.

2. INTERSETORIALIDADE E INTERDEPENDÊNCIA – AS PERSPECTIVAS EM DIFERENTES ÁREAS DO CONHECIMENTO E A CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS ANALÍTICAS.

À primeira vista podem surgir as questões: Por que unir, em uma mesma discussão, os conceitos de interdependência e intersectorialidade? Tendo os conselhos municipais de saúde como objeto, não haveria outros conceitos que se encaixassem melhor à pesquisa? De fato, a relação entre estes conceitos foi alvo de inúmeras discussões e reflexões ao longo da realização deste trabalho. O que se tinha como pressuposto desde o início do projeto de pesquisa é que os conselhos municipais de saúde encontram muitas dificuldades para atuarem conforme o disposto na legislação referente, e uma das hipóteses era a de que os CMS estabeleçam pouca articulação com demais atores interessados no processo, e essa seria uma das razões para sua fragilidade.

Neste sentido, da bibliografia sociológica veio a contribuição para estas reflexões a partir da noção de interdependência de Norbert Elias, pois com ela afirma-se a importância intrínseca das *relações* no processo social. Já nas leituras sobre os CMS, referentes a pesquisas advindas de diversas áreas de conhecimento (como ciência coletiva, serviço social, administração pública e outros) é o conceito de intersectorialidade que propunha atentar para a importância das relações. Assim, Interdependência e Intersectorialidade foram ganhando espaço neste trabalho. Se de início a aproximação conceitual não estava muito evidente, após a inserção no campo ela se estabeleceu e permitiu a seguinte constatação: as ações de promoção e efetivação da intersectorialidade nas políticas públicas (governamentais ou não) são uma tentativa de reaproximar os “setores” tradicionalmente longínquos, o que demonstra uma atenção dada à interdependência— ainda que não deliberadamente - pelos diferentes indivíduos envolvidos no processo. De fato, o que diferencia estes termos é que enquanto a intersectorialidade é uma ferramenta de gestão, a interdependência não é nem ferramenta de gestão nem categoria analítica, e sim uma *constatação* de determinada teoria sociológica; ainda assim, acredita-se que a

aproximação destas noções é importante principalmente para que as discussões sobre as ações intersetoriais ganhem em qualidade e aprofundamento teórico.

Isto ficará mais claro ao longo deste capítulo, onde inicialmente se apresenta a noção de Interdependência proposta pelo sociólogo Norbert Elias, associada a uma mínima contextualização da obra do autor – visto que esta é imprescindível para que se compreenda a noção de Interdependência. Em seguida é o conceito de Intersetorialidade que recebe atenção, realizando-se um breve histórico de como o mesmo foi sendo incorporado às discussões sobre as políticas em geral – e sobre as políticas de saúde em especial. Ao fim, apresenta-se o recorte de qual conceito de intersetorialidade que está sendo utilizando neste trabalho e a proposta de modelo de análise utilizada para verificar a intersetorialidade nos conselhos municipais de saúde acompanhados.

2.1 A contribuição da *interdependência* de Norbert Elias

A importância de Norbert Elias para as ciências sociais, e até mesmo para as ciências humanas como um todo, vem sendo cada vez mais reconhecida. Miceli (*in* Neiburg *et. al.*, 2001, p. 117) lembra que “uma das razões substantivas do interesse crescente pelas obras de Norbert Elias é o fato de ele haver renovado as reflexões sobre a agenda clássica de desafios teóricos em sociologia sem apelar a formalizações empoladas”. O conjunto de obras do alemão Norbert Elias ultrapassa as fronteiras habituais da sociologia. Pode ser encarado como sociologia, como história, até mesmo como psicologia, pois trata de uma multiplicidade de temas que entrelaçam estas “disciplinas”, e critica esta divisão:

as estruturas da psique humana, as estruturas da sociedade humana e as estruturas da história humana são indissociavelmente complementares, só podendo ser estudadas em conjunto. Elas não existem e se movem na realidade com o grau de isolamento presumido pelas pesquisas atuais. Formam, ao

lado de outras estruturas, o objeto de uma única ciência humana. (Elias, 1994, p. 38)

Deve-se levar isso em consideração ao se propor um recorte do que poderia ser visto como sua proposta sociológica, que vem sendo tratada como sociologia dos processos sociais, ou simplesmente sociologia eliasiana, onde é perceptível um enfoque no tempo longo (Elias defende que o pesquisador deve atentar para as múltiplas temporalidades que envolvem um objeto), na mudança social (que conforme o autor não é planejada por ninguém, o que não quer dizer que não siga uma ordem, ou que seja evitável) e principalmente – e este é o aspecto que mais interessa a esta pesquisa – num repensar a relação indivíduo e sociedade (conforme Heinich, 2001 e Landini, 2006). Ao longo de todo seu trabalho³, Norbert Elias irá defender que a dicotomia indivíduo *versus* sociedade, ou agência *versus* estrutura, tem prejudicado a sociologia em vários aspectos – afinal “as duas coisas só são possíveis juntas”. (Elias, 1994, p.17.). Mais adiante neste texto, irá dizer que

há uma clara ligação entre os abismos que se abrem entre indivíduo e sociedade, ora aqui, ora ali, em nossas estruturas de pensamento, e as contradições entre exigências sociais e necessidade individuais que são um traço permanente de nossa vida. Os projetos que hoje nos são oferecidos para pôr termo a essas dificuldades parecem, ante um exame rigoroso, apenas voltados para solucionar uma coisa à custa de outra. (*op. cit.*, p. 17)

Segundo Marchi Júnior

a elaboração do modelo de análise sociológica de Elias partiu da tarefa de identificar formas de construção da autonomia de uma ciência e, desbloquear ou transparecer os níveis de poder (característica estrutural de uma relação – conceito não estático e sim processual)

³ A discussão sobre a dicotomia indivíduo-sociedade está presente em toda a obra de Elias, mas é ainda mais perceptível em Elias (1994) e Elias (1998).

existentes nas interpenetrações mutáveis das teias de interdependências. O modelo oferece uma proposta e ajuda à interpretar a sociedade através da interdependência de pessoas enquanto participantes de um jogo específico. (Marchi Júnior, 2003, p. 111)

Norbert Elias irá propor a aplicação da noção de interdependência na atividade sociológica como aporte para nos distanciarmos de uma visão egocêntrica da sociedade, buscando a representação de indivíduos interdependentes, “uma visão mais realista das pessoas que, através de suas disposições e inclinações básicas são orientadas umas para as outras e unidas umas às outras das mais diversas maneiras. Essas pessoas constituem teias de interdependência”. (Elias, 1998, p. 15). Como propõe que a sociologia deve superar a dicotomia indivíduo-sociedade, o autor prolonga esta ideia de interdependência para além das ligações afetivas, mostrando como elas ocorrem também nas ligações sociais e políticas. Desta forma, questiona a forma como vêm sendo tratadas as relações que se dão na sociedade, criticando, por exemplo, a separação analítica entre economia e política.

Na verdade, as chamadas “esferas” da sociedade não são mais do que aspectos respectivamente integradores e diferenciados de desenvolvimento da mesma teia de interdependências. (...). Se, em lugar do modelo tradicional das “esferas”, utilizarmos um modelo de funções diferenciais e de integração crescentes e decrescentes, avançaremos imediatamente. Somos levados a uma concepção sociológica da sociedade, afastando a imagem extremamente artificial de sociedade como sendo uma mistura de esferas adjacentes mas não relacionadas, onde primeiro uma e depois a outra é individualizada como a força verdadeiramente orientadora do desenvolvimento social”. (Elias, 1998, p. 155)

Com isso Elias questiona não só o caráter estático da sociologia, mas também a hipótese de causalidade única, onde

apenas uma das “esferas” da vida social seja causadora dos processos de estigmatização e segregação. Segundo Chartier (*apud* Heinich, 2001, p. 116), seguir a proposta eliasiana seria “pensar o mundo social como uma rede de relações”. Para Heinich, (*op. cit.*, p. 118), “trata-se, então, de mudar radicalmente de modelo de representação do mundo social – ou de paradigma sociológico – substituindo a causalidade linear que liga substâncias separadas pela circularidade da interdependência das funções”.

É preciso fazer um parêntese aqui para lembrar que a ideia de sociedade como rede de relações não é exclusividade da obra de Elias. Segundo Cuin e Gresle (1992, p. 25), Saint-Simon, já em 1813, mantinha uma posição precoce ao defender um ponto de vista holístico, concebendo a sociedade como um sistema de elementos interdependentes. Também Adorno e Horkheimer (1977, p. 263), por exemplo, conceituaram sociedade como “uma espécie de contextura formada entre todos os homens e na qual uns dependem dos outros, sem exceção [...]. O conceito de sociedade define mais as relações entre os elementos componentes e as leis subjacentes nessas relações do que, propriamente, os elementos e suas descrições comuns.”

Mas é especialmente em Georg Simmel que a visão de social como conjunto de relações se aproxima em muito com a de Elias. Waizbord (*in* Neiburg *et. al.*, 2001) defende a tese de que este e vários outros aspectos da obra de Norbert Elias derivam da de Simmel. O que Elias teria feito, segundo Waizbord, seria formalizar a concepção de Simmel através dos conceitos de figuração e interdependência. Mesmo não sendo o objetivo deste trabalho deter-se no histórico do conceito de interdependência, julga-se necessário que a importância de Simmel e dos demais autores seja ao menos citada para futuros aprofundamentos.

A dependência recíproca e ininterrupta entre indivíduos e grupos é fator constantemente presente nas relações humanas, mas nem sempre é óbvia para quem a vivencia, e apresenta conflitos, lutas e tensões. Para Waizbord (*op. cit.*, p. 110), Elias prestou muita atenção a este aspecto, pois “para ele sendo os seres humanos naturalmente diferentes entre si, eles necessariamente se relacionam uns com os outros de modo conflituoso. Uma teoria das relações entre os homens

não pode prescindir justamente daquilo que faz da sociedade, sociedade, e dos homens, homens: do jogo de forças que constitui as relações humanas”

Nesta pesquisa, a uso da noção de interdependência a partir da obra de Elias é defendido por se perceber que esta não é uma noção isolada do conjunto das obras do autor, mas sim uma parte coesa da compreensão que Elias fez da sociedade. A interdependência vai se tornando mais presente nas sociedades complexas, conforme aumenta a divisão das funções. Estaríamos caminhando, assim, para uma interdependência cada vez maior, entre indivíduos, grupos e instituições. De acordo com Elias, as possibilidades de poder vão se distribuindo de uma forma menos desigual, mesmo que continue havendo um centro, uma coordenação.

Seguir o pensamento nessa direção nos faz perceber que a descentralização, ou seja, a proposta de que as ações políticas em uma sociedade devam ser realizadas de forma mais descentralizada, não é senão uma resposta a esse movimento que ocorre desde o início da formação dos Estados, que Elias demonstrava, já na década de 1930, em seu livro *O processo civilizador: um deslocamento do monopólio privado para o público*, e um aumento na distribuição de poder. Este aumento não deve ser visto como mera boa vontade do monopolizador, mas basicamente como parte do movimento de ampliação deste monopólio. Em outras palavras, segundo a teoria dos processos sociais, quanto maior o monopólio, menor é o poder do monopolizador sobre a maioria dos indivíduos, e maior é a dependência do governante diante da imensa teia humana, e do pessoal administrativo. Assim, é preciso distribuir este poder, tanto para controle quanto para tentar uma harmonia entre cooperação e tensão:

Sua força [do governante] depende (...) por um lado da preservação de um certo equilíbrio entre os diferentes grupos e de um certo grau de cooperação e coesão entre os diferentes interesses da sociedade, mas também, por outro lado, da persistência entre eles de tensões e conflitos nítidos e permanentes de interesse. (Elias, 1993, p. 149)

Segundo Elias, a formação do monopólio (que deu abertura à formação do que hoje conhecemos como Estado) não aconteceu em linha reta, mas foi permeada por fluxos e refluxos de centralização e descentralização (*op. cit.*, 1993, p. 142). Ainda que esta tenha sido uma teoria apresentada para um determinado contexto (a formação dos Estados europeus nos séculos XII e XIII), acredita-se ser possível fazer um paralelo com o processo que vive hoje o Estado brasileiro: a descentralização abre espaço para uma distribuição de poder nunca antes ocorrida no país, mas com objetivos bastante parecidos com os citados acima, e mantendo uma característica fortemente ressaltada por Elias: o fato de que, mesmo com a distribuição de poder, mantém-se fortalecido um centro de governo, uma coordenação central, e “à medida que a diferenciação funcional torna as pessoas interdependentes a muitos níveis, elas se tornam simultaneamente mais dependentes do centro, no que respeita à sua coordenação e integração.” (Elias, 1998, p. 159)

Atentar para esta interdependência é algo que cabe não apenas à sociologia, mas também aos governos e demais atores que formulam a gestão das questões sociais. No Brasil, durante muito tempo a gestão pública atuou em blocos separados: saúde, educação, infra-estrutura, etc. Além destas, há também as divisões – mais subjetivas mas não por isso menos recorrentes - entre os que pensam e os que executam, entre quem atua e quem fiscaliza. No entanto, algumas medidas vêm sendo colocadas em prática na busca por uma atenuação destas separações, através de ações conjuntas, articuladas, que visem atender as demandas dentro de suas complexidades. As propostas de ações intersetoriais, conforme veremos a seguir, parecem seguir neste caminho.

2.2 Intersetorialidade e políticas de saúde

A atenção para a importância da intersectorialidade nas ações de saúde não é recente, e ainda que esteja presente em outras áreas, parece ser na saúde que as discussões sobre

intersetorialidade se mantêm mais fortalecidas⁴. Segundo Quaresma (2009), a intersetorialidade é concebida pela primeira vez como meta para a saúde na Conferência de Alma-Ata, em 1978, onde se coloca que a saúde como direito humano fundamental deve ser defendida não só pelo setor saúde, mas também por outros setores sociais e econômicos. A Carta de Ottawa, documento apresentado na primeira Conferência Internacional sobre Promoção em Saúde, trazia, em 1986, uma síntese das discussões que ocorriam em diversas partes do mundo em relação à intersetorialidade. Explicitava que todos os setores, mesmo os que não estivessem diretamente implicados, deveriam assumir a saúde como meta:

os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. (OMS, 1986, pág. 2)

No Brasil, é também na década de 1980 que a intersetorialidade começa a ser prevista oficialmente, influenciada por estas reflexões internacionais e pelos diversos acontecimentos que fomentaram grandes debates sobre o Estado e a forma de governar o país. Na constituição de 1988 a saúde é instituída como direito garantido através das políticas sociais e econômicas. No relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde⁵ (Brasil, 1986), a saúde é compreendida como resultante de diferentes condições - tais como alimentação, habitação, educação, renda, meio

⁴Segundo Monnerat e Souza (2009, p.203) “as principais publicações sobre intersetorialidade são oriundas das áreas de Administração Pública e Saúde Coletiva. Vale dizer que há pouca produção no campo da Educação e Assistência Social, muito embora esta última área apresente a ação intersetorial como princípio norteador de seus programas sociais”.

⁵Este evento é normalmente citado como o momento de consagração dos movimentos de luta pela saúde, o que não deve diminuir a importância de toda a trajetória anterior, que surge já nas primeiras décadas do século XX. (Cf. Oliveira e Teixeira, 1986; Grisotti e Patrício, 1986; Hochman, 2006)

ambiente, emprego e lazer, trabalho e transporte, liberdade, posse de terra e acesso aos serviços de saúde – o que impõe uma integração, um conjunto de políticas públicas que sejam implementadas por diferentes setores do governo – começa-se aí a institucionalizar a intersetorialidade. Mas é no relatório da XIII Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2007, que as ações intersetoriais ganham um destaque inédito, sendo a intersetorialidade defendida em dezenas de pontos de todos os eixos discutidos, e citada inclusive na apresentação inicial do relatório pelo presidente do CNS:

Reflexões e deliberações sobre a intersetorialidade, a inversão do modelo de atenção, a regulamentação do financiamento do SUS, a reestruturação e o fortalecimento da rede pública, o combate à precarização do trabalho e a implantação dos cargos de carreira única do SUS, entre outros, foram resultados do qualificado processo de apreciação de demandas provenientes de todos os setores que compõem e utilizam o Sistema ao longo de todas as etapas da Conferência. (Brasil, 2009, p. 10)

Especialmente a partir desta institucionalização, diversos pesquisadores enfocaram a intersetorialidade. Já aqui, a intersetorialidade supera os limites das discussões sobre saúde, para se fazer presente em propostas de um novo modelo de gestão. Há autores que vêm utilizando a ideia de intersetorialidade no sentido de uma estratégia mediante a complexidade que envolve a gestão de problemas que muitas vezes transcendem um único setor, exigindo ações planejadas conjuntamente, sem necessariamente focar, em suas análises, a ideia de igualdade ou direito, por exemplo. Nesta vertente pode-se incluir Burlandy (2009), que pensa “intersetorialidade” em uma gestão híbrida entre setores governamentais e sociedade. No trabalho desta autora a ideia de interdependência está explícita, especialmente quando se descreve o contexto e a complexidade que envolve a prática intersetorial. Segundo a autora,

a interdependência é o principal fator para sua [das “redes de articulação de políticas”] constituição e sustentabilidade e varia em função dos objetivos em jogo e do quanto eles implicam a mobilização de recursos do conjunto de atores envolvidos (Burlandy, *op. cit.*, p. 853).

Aqui a intersetorialidade é entendida como articulação entre setores que ocorre quando estes “pactuam um projeto integrado, identificam determinantes-chave do problema em pauta, formulam intervenções estratégicas que transcendem os programas setoriais e alocam os recursos em função dessas autoridades” (*op. cit.*, p. 853). Há no trabalho desta autora o enfoque em uma questão bastante importante: o fato de que a institucionalidade formal a partir do governo não é suficiente para efetivar a intersetorialidade, mas que pode induzi-la.

Há desafios bastante grandes para a consolidação desta intersetorialidade, principalmente em relação a uma articulação entre gestão e orçamento, visto que ainda há muita dificuldade em intervir no processo orçamentário através da intersetorialidade (*op. cit.*, p.858).

Por outro lado, grande parte dos autores utiliza o termo “intersetorialidade” associado a questões de valores, como igualdade, equidade e justiça. Entre estes autores, o conceito é apresentado como

uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir o acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses. (Junqueira, 1999, p. 27)

Aqui a intersetorialidade associa-se a idéia de integração e de direitos sociais. Segundo Junqueira (2004), a gestão intersetorial “possibilita o desenvolvimento de uma sociedade mais justa e equânime”. Refere-se à população e

aos seus problemas, circunscritos a um território ou região da cidade ou do município. Aliás, segundo Inojosa e Junqueira (s/d, p. 159) é no âmbito dos municípios que ficam explícitos “os limites da articulação setorial e as dificuldades de se resolver, em um só setor, problemas que são multifacetados e plurideterminados”.

Para Wimmer e Figueiredo (2006), a intersetorialidade está atrelada à transdisciplinaridade e objetiva “fortalecer a autonomia dos sujeitos e o exercício da contra-hegemonia política”, contribuindo para a melhora da qualidade de vida da população. Comerlato *et. al.* (2007) colocam que a ação intersetorial permite a criação de redes sociais, integrando saberes e experiências. Para estes autores “a intersetorialidade deve representar um espaço de compartilhamento de saber e de poder, de estruturação de novas linguagens, de novas práticas e de novos conceitos” (*op. cit.*, p. 270).

Monnerat e Souza (2009, p. 204), ao analisar a produção teórica que envolve o tema intersetorialidade, destacam que o debate acerca do planejamento de ações tem lugar central nos trabalhos que tratam do assunto. E atentam para o fato de que “o planejamento não é entendido na perspectiva normativa e prescritiva, mas, ao contrário, considera a negociação de interesses a chave para a construção de sinergias entre diferentes atores e áreas de política. Neste caso, o planejamento deve ser a tradução da articulação entre saberes e práticas setoriais”.

Segundo Quaresma (2009), há dois elementos característicos da intersetorialidade que são citadas por autores que tratam do tema: o primeiro é a coresponsabilidade, a ideia de que todos os setores envolvidos são responsáveis pelo processo intersetorial. O outro elemento é a mobilização, ou seja, todos os setores envolvidos devem mobilizar-se na busca de soluções conjuntas. Deste modo, Quaresma constata que

a intersetorialidade é uma tarefa audaciosa que passa por uma construção inovadora e criativa de um novo objeto de intervenção comum aos diferentes setores do Estado que estão ainda se adaptando ao processo de descentralização colocada em marcha com a

Constituição de 1988, principalmente, no setor da saúde com a implantação do SUS. (Quaresma, 2009, p. 3)

Há, como se pode perceber, uma multiplicidade de idéias sobre a intersectorialidade, compreendidas em um gradiente que abrange desde um instrumento de gestão pública, passando pela sua vinculação com conceitos de redes sociais e transdisciplinariedade até concepções normativas associadas a valores como justiça, equidade e direitos humanos. Surgindo de uma proposta de repensar a visão fragmentada a partir da qual durante muito tempo se buscou soluções para os problemas das sociedades, o conceito de intersectorialidade apresenta-se, em grande parte dos trabalhos acadêmicos analisados, ligado às questões de valores, o que transparece um posicionamento bastante normativo.

Longe de desqualificá-lo, esse aspecto pode ser pensado como um diferencial positivo desta perspectiva, e deve ser encarado levando em conta o contexto em que o conceito de intersectorialidade foi sugerido (reforma constitucional, forte envolvimento dos movimentos sociais e da sociedade civil organizada) e as áreas de estudos que mais o utilizam⁶. Entretanto, ao se realizar um trabalho sociológico é preciso atentar para esse trânsito entre o *ser* e o *dever ser*. Neste sentido, a teoria dos processos sociais de Norbert Elias explicita os entraves que um posicionamento normativo pode trazer ao pesquisador e à pesquisa, e o conceito de interdependência tende a contribuir para evidenciar as tensões, a rede de relações que existe entre os indivíduos inseridos no fenômeno da intersectorialidade.

Assim, propor uma reflexão sobre o conceito de intersectorialidade não deve ser entendido como uma insinuação de descarte ou substituição do mesmo; ao contrário, é uma tentativa de contribuir para complexificar

⁶ Dos 210 resumos de teses e dissertações que continham em seu conteúdo o termo “intersectorialidade” disponíveis no Banco de Teses da Capes (acesso em 06 de outubro de 2009), 123 (58,6%) eram da área da saúde (especialmente saúde pública e saúde coletiva). A seguir apareciam 16 (7,6%) trabalhos de economia, 12 (5,7%) de administração - com ênfase em administração pública - e 10 (4,75%) da área do serviço social. Os trabalhos de Sociologia e Ciência Política que tratam da temática somaram quatro (menos de 2%).

uma ideia quem já tem em si inúmeros significados, afinal, é um termo que tem sido utilizado não só na academia quanto principalmente nos espaços de gestão pública.

O que se quer não é pôr em xeque a qualidade dos trabalhos analisados ou dos demais trabalhos que utilizam essa forma de abordar a intersetorialidade. Como citado anteriormente, estes são trabalhos de áreas diversas, com as quais a sociologia dialoga quando se trata de pesquisar um mesmo objeto. No entanto, nessa aproximação é importante atentar para o uso dos conceitos, já que uma das tarefas da sociologia é também a problematização dos próprios conceitos, revendo-os e procurando inserir elementos que possam torná-los mais apropriados.

2.3 O conceito de intersetorialidade e a construção analítica utilizada neste trabalho

Acredita-se assim que o ato de propor ações intersetoriais pode estar ligado a questões valorativas, mas a análise sociológica destas propostas deve fazer parte de um trabalho desvinculado de normatividade. Neste sentido, nesse trabalho utilizaremos o conceito de intersetorialidade como uma estratégia de atuação articulada, em busca da superação da fragmentação das políticas, podendo apresentar-se em três níveis diferentes:

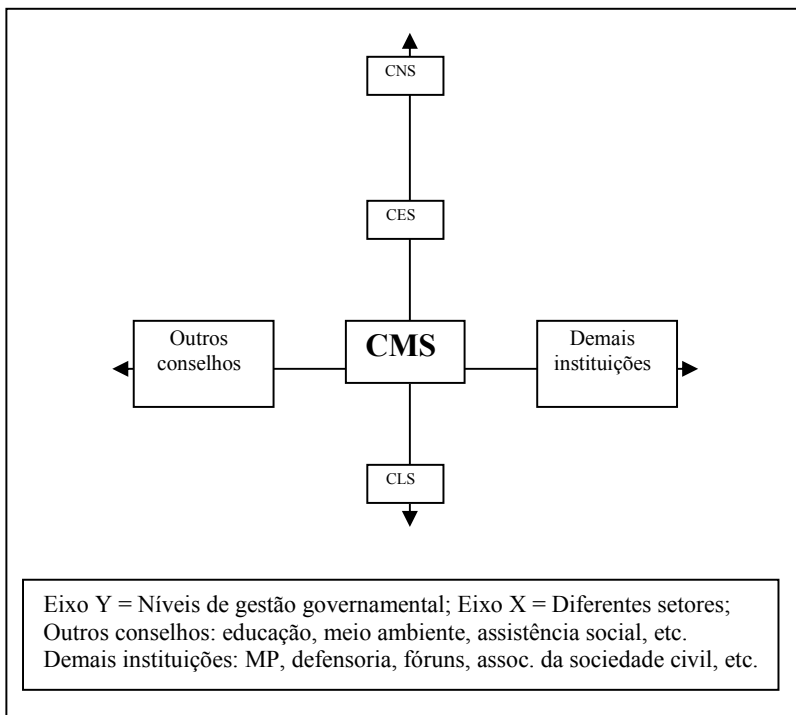
1 - aproximação entre setores: com troca de informações, conhecimento básico ou aprofundado sobre o que cada setor vem desenvolvendo;

2 - ação articulada: quando há uma efetiva ação conjunta entre os setores;

3 - ação articulada contínua: quando a ação intersetorial, além de efetiva, mantém-se por um tempo maior do que o necessário para a solução de uma única demanda.

Através destes três níveis é que serão avaliadas as ações intersetoriais dos CMS nesta pesquisa. A intersetorialidade está sendo pensada nesta dissertação tanto no sentido literal, de uma ação entre diferentes setores (saúde, meio ambiente, educação, assistência social, planejamento, etc.), quanto no sentido de uma ação entre níveis de governo - municipal, estadual e federal -, que pode ser encarada como intrasetorial (pois ocorre dentro do mesmo setor saúde). Neste

sentido, há uma preocupação tanto com a articulação *vertical* quanto com a *horizontal*, conforme organograma a seguir:



Quadro 2: Intersetorialidade a partir de um CMS

Tratar destas questões de articulação intra e intersetoriais exige que se leve em consideração as dificuldades para a consolidação das mesmas, dificuldades estas que foram levantadas pelos estudos revisados e muitas delas verificadas em campo, na pesquisa empírica. Um dos pontos que recebe maior destaque na literatura é a conflituosa relação entre discurso e a prática. Há consensos no campo das ideias, mas muitos dissensos na hora de consolidar ações intersetoriais, provenientes principalmente de currículos acadêmicos fragmentados e pela forma como o Estado foi setorizado desde sua formação (Monnerat e Souza, *op. cit.*). Assim, a intersetorialidade ainda encontra, em vários locais, pouca adesão e legitimidade por parte de alguns setores da gestão, que ainda defendem uma administração pública

setorial. (Burlandy, *op.cit.*). Talvez por esse motivo, outra dificuldade apontada é o orçamento pensado de forma fragmentada, geralmente não prevendo ações intersetoriais, e inclusive impedindo o uso de verbas setoriais nas atividades pensadas intersetorialmente. Soma-se a isso uma questão prática, que é a dificuldade operacional de organização de tempo e espaço para encontros, troca de informações e tomada de decisões conjuntas. Há uma evidente necessidade de espaços de interação permanente entre setores para que ocorram ações conjuntas.

Outro aspecto que segundo Monnerat e Souza é destacado por vários pesquisadores é a limitação do alcance destas ações, sendo problemático que as práticas intersetoriais permaneçam restritas ao nível local e com características bastante experimentais. Para estas autoras, por mais que existam incentivos dos governos federais e estaduais para as ações intersetoriais, ainda há “fraca sensibilidade para com as iniquidades geradas a partir da fragmentação e descoordenação de programas e políticas sociais” (*op. cit.*, p. 220). Nesta pesquisa sobre uma ação intersetorial que vem ocorrendo entre saúde, assistência social e educação no município de Niterói (RJ) as autoras destacaram que

os protagonistas da ação intersetorial local não identificam os conselhos de políticas públicas como atores relevantes para fortalecer o diálogo intersetorial, o que talvez esteja refletindo, entre outras coisas, as dificuldades encontradas por estes colegiados para cumprirem seu papel no campo das políticas sociais. Este fato também chama atenção em razão da evidência de que a organização destas instâncias de controle social reproduz a lógica setorial e fragmentada própria das políticas públicas (Monnerat e Souza, *op. cit.* p. 219).

Já Grisotti e Patrício (2006) identificaram no conselho municipal de saúde de Florianópolis - SC a dificuldade de se definir funções quando de uma ação intersetorial, citando o caso de um grupo de moradores que solicitava, no CMS, material para a construção de uma lixeira coletiva, necessária

devido aos ratos que se proliferavam no local. O assunto passou do CMS para a COMCAP (empresa responsável pela coleta e destinação do lixo) e para a secretaria de meio ambiente, sem que nenhum órgão tivesse a situação como de sua alçada, não gerando resolutividade para o que foi solicitado pela comunidade.

A indefinição de papéis também foi perceptível no trabalho empírico para esta pesquisa: em um CMS, durante reunião observada, ocorria a discussão sobre a situação de uma criança que, por apresentar determinada doença, necessitava de um leite em pó especial de alto custo. Enquanto alguns conselheiros defendiam que a verba para este leite deveria sair da saúde por ser uma questão de doença, o secretário de saúde alegava que a família necessitava de auxílio para a compra do produto porque não tinha condições financeiras, e por este motivo a responsabilidade passava para a secretaria de assistência social.

Outro ponto observado com frequência no campo foi a dificuldade de definição ou entendimento dos papéis na intrasetorialidade, ou seja, o que é função do governo municipal, estadual e federal. Muitas vezes esta indefinição gerou conflitos nos CMS, entre gestores (municipais) e conselheiros dos demais segmentos, o que remete aos vários estudos que tem demonstrado que a descentralização dos serviços do Estado tem suas fragilidades evidenciadas justamente na “ponta”, ou seja, nos municípios (Gohn, *op.cit.*; Inojosa e Junqueira, *op. cit.*; e outros).

Levando em consideração este conjunto de potencialidades e dificuldades das ações intersetoriais apontadas na literatura, a intersetorialidade está sendo pensada nesta pesquisa a partir de três dimensões:

Local - referente à articulação do CMS com demais conselhos gestores do município, especialmente os de meio ambiente, assistência social e educação, e com órgãos públicos ligados à essas áreas, bem como com outros espaços participativos existentes nos municípios, como OP e fóruns, e também com organizações da sociedade civil.

Intrasetorial – Refere-se aqui à articulação do CMS com os demais conselhos de saúde, no caso, o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Estadual de Saúde, e os Conselhos Locais de Saúde do município, quando houver.

Além disso, pretendeu-se verificar a relação entre conselhos municipais de saúde da mesma região, se há diálogo e/ou ações conjuntas.

Suprasetorial (com a finalidade de fiscalização) – Durante a revisão bibliográfica e nas pesquisas empíricas exploratórias percebeu-se a necessidade de atentar para outra articulação, a dos CMS para com as instituições municipais, estaduais e nacionais de fiscalização de governo, como Ministério Público, Corregedorias e Defensorias. Estes podem ser acionados pelos CMS, por exemplo, quando a relação com o executivo municipal encontra-se demasiadamente conflituosa. Na maioria dos casos, é visto como “o último recurso”, mas não deixa de ser, por isso, uma articulação importante no cotidiano de trabalho dos CMS.

Na análise da articulação intersetorial dos CMS há também que se levar em consideração que um conselho não é homogêneo, os saberes e o grau de envolvimento dos conselheiros são variáveis, e isso se observa também na questão da intersetorialidade. Um presidente de mesa diretora poderá, possivelmente, ter mais envolvimento com as questões do conselho e mais articulação intersetorial do que um conselheiro que não está na mesa diretora nem em alguma comissão. A secretaria executiva pode ter disponível muito mais tempo, infra-estrutura e conhecimento para manter-se informada sobre o que ocorre no conselho nacional e estadual de saúde, ou em outros conselhos gestores do município, do que um conselheiro de baixa escolaridade, que trabalha o dia todo e não tem acesso à internet.

O que se quer dizer é que é necessário levar em consideração o fato de que “o conselho” envolve uma série de indivíduos interdependentes, mas não iguais. Assim, não há “o conselho”, no sentido de um único posicionamento enquanto instituição. É um espaço que agrega indivíduos com diferentes origens, interesses e saberes, e é preciso considerar esse ponto na análise sociológica. Por este motivo propõem-se uma divisão no momento da análise, com atenção voltada para a secretaria executiva, para a mesa diretora, e analisando separadamente a ação dos conselheiros membros das comissões e os demais conselheiros. Além disso, leva-se em consideração também o segmento representado por cada conselheiro - ainda que o posicionamento conforme segmento

representado não seja o foco da pesquisa, as nuances nos diferentes discursos são perceptíveis e devem ser levadas em consideração.

Desta forma, uma síntese da proposta de análise sobre a intersetorialidade nos conselhos municipais de saúde pode ser apresentada a partir do seguinte quadro:

Conceito	Intersectorialidade		
Dimensões	Local	Intrasetorial	Suprasetorial
Componentes	Conselhos gestores do município - Orgs. da sociedade civil	Outros CMS - CES - CNS	Ministério Público - Defensoria - Corregedoria
Indicadores no CMS	<ul style="list-style-type: none"> - origem - interesses - saberes } <ul style="list-style-type: none"> - mesa diretora - membros de comissões - demais conselheiros - secretaria executiva 		

Quadro 3: Proposta de modelo de análise

Esta proposta de modelo de análise foi formulada a partir da bibliografia sobre intersectorialidade e recebeu várias modificações após a inserção no campo de pesquisa empírica. Pretende verificar a hipótese da pesquisa em questão através da análise da intersectorialidade do CMS. Para isso, levar-se-á em conta as informações obtidas através das leituras de atas das reuniões dos CMS e demais documentos (como regimento interno, pareceres de comissões, resoluções,...), de observação das reuniões e das entrevistas.

3. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL NOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: ESTUDOS DE CASO

Neste capítulo apresenta-se primeiramente a justificativa para a escolha dos CMS estudados e a metodologia utilizada na pesquisa de campo. A partir daí, uma descrição breve da microrregião e dos municípios pesquisados e, mais densamente, a descrição dos conselhos municipais de saúde em si, a partir de elementos como histórico, composição atual, estrutura, autonomia em relação à secretaria municipal de saúde, e também aspectos como reconhecimento, legitimidade e resolutividade.

Por fim, tratar-se-á do que se propõe a contribuição principal desta dissertação: as articulações intersetoriais de cada um destes conselhos municipais de saúde, a partir de uma reflexão que una as questões teóricas com os dados obtidos em campo. É importante lembrar que as informações constantes neste capítulo provêm tanto de documentos (tais como leis municipais, regimentos internos, atas,...) e pesquisas acadêmicas anteriores quanto de entrevistas e observações realizadas pela pesquisadora.

3.1 A pesquisa de campo

A pesquisa de campo demonstrou-se, desde o início do projeto, como o aspecto crucial para este trabalho. Desta forma se explicita a proposta de Norbert Elias, que defendeu fortemente que as pesquisas sociológicas devem se orientar para o trabalho empírico ao invés de manterem especulações teóricas e epistemológicas. Segundo este autor, “as teorias sociológicas que não se verificam por um trabalho de sociologia empírica não servem para nada. Elas não merecem sequer o status de teoria.” (Elias *apud* Heinich, *op. cit.*, p. 157).

Durante a consolidação deste projeto, utilizou-se de dados de fontes secundárias (ministério da saúde e conselho estadual de saúde) para definir quais municípios seriam analisados. Além disso, observou-se as reuniões dos CMS, e algumas entrevistas exploratórias foram realizadas com indivíduos ligados ao controle social em saúde em Santa

Catarina. As entrevistas exploratórias foram fundamentais na definição da problemática, visto que, como colocam Quivy e Capenhoudt (1998, p. 69) estas têm como “função principal revelar determinados aspectos do fenômeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo”. Os conselhos municipais de saúde escolhidos para acompanhamento foram os de Joinville, Jaraguá do Sul e Balneário Barra do Sul. A escolha destes municípios não seria aleatória pois a pesquisa tinha, inicialmente, um delineamento diferente do proposto agora. A ideia inicial previa um mapeamento e acompanhamento de conselhos municipais de saúde considerados “exitosos” em Santa Catarina. Por exitosos compreendia-se ter reconhecimento por parte de governo, sociedade civil e em pesquisas científicas. No entanto verificou-se a fragilidade que envolvia uma escolha desta natureza, pois os dados não eram suficientemente atuais para que se pudesse acompanhar as últimas gestões de todos os CMS, e algumas vezes mostravam-se pouco confiáveis⁷. Além disso, nas entrevistas exploratórias acentuou-se a constatação de que seria bastante difícil escolher os conselhos a serem pesquisados a partir deste recorte.

Ainda assim, as informações que vinham sendo obtidas possibilitaram, mesmo diante das dificuldades apresentadas acima, perceber que o município de Joinville mostrava-se muito presente nas diversas fontes, confirmando uma hipótese anterior, que apontava que este município se sobressai, inclusive nacionalmente, no que diz respeito a existência e reconhecimento de conselhos gestores (Pessanha, Campagnac e Matos, 2009).

Juntamente com essa forte presença do município de Joinville nos levantamentos realizados, surgiam outras questões que redefiniram os rumos dessa pesquisa: o estudo de âmbito nacional realizado por Moreira e Escorel (2009, p. 795), no qual, dentre as constatações apresentadas, uma chamou especial atenção: segundo os autores, há diferenças significativas nos resultados da análise dos CMS conforme o

⁷O Ministério da Saúde solicita o preenchimento de um questionário sobre o CMS de cada município, na maioria dos casos, preenchido por funcionários da própria secretaria municipal de saúde, que dificilmente irão explicitar os aspectos negativos do CMS do município.

porte populacional do município, isto é, “a distribuição por portes populacionais revela que os melhores resultados são os dos CMS de cidades com mais de 250.000 habitantes, e os piores, de população inferior a 50.000 habitantes”.

Se junta a isso o fato de que, mesmo sem estar evidente no quadro organizado, o CMS do município de Jaraguá do Sul se apresentou como um espaço importante de participação e atuação neste município, estando, na época em que começou a ser acompanhado por esta pesquisadora, na segunda gestão presidida por representante dos usuários.

Optou-se então pelo redirecionamento da pesquisa: esta foi realizada em três municípios de uma mesma microrregião (Joinville, Jaraguá do Sul e Balneário Barra do Sul), o que permitiu levar em consideração as semelhanças em aspectos histórico-geográficos e sócio-econômicos, atentando também para as relações de referência dos serviços de saúde entre os municípios. No que diz respeito à observação dos CMS especificamente, além de essa escolha permitir verificar a constatação já citada (Moreira e Escorel, *op. cit.*) sobre o porte populacional do município - já que os municípios pesquisados apresentam números populacionais bem distintos -, através deste recorte de campo foi possível identificar também se há, e como se dá, a relação (comunicação, atuação conjunta, etc.) entre estes três CMS. Por fim, é preciso citar também como justificativa deste recorte a proximidade geográfica entre os municípios, o que permitiu uma atividade de campo bastante intensa, pois o deslocamento entre esses municípios se dá de forma rápida e com baixo custo.

Levando em consideração Cardoso (1988, p. 101) quando esta lembra que “a coleta de material não é apenas um momento de acumulação de informações, mas se combina com a reformulação de hipóteses, com a descoberta de pistas novas que são elaboradas em novas entrevistas” partiu-se para a coleta de dados em campo. Inicialmente foi realizado contato com as secretarias executivas e/ou mesas diretoras de cada CMS através de email, telefone ou contato direto, informando o interesse na realização da pesquisa. Após esse primeiro contato, o projeto de pesquisa foi apresentado e

aprovado em assembleias de todos os conselhos⁸. A partir desta aprovação é que iniciaram-se os trabalhos de coleta de dados através de:

1) Observação de reuniões dos CMS: Ao todo foram 20 reuniões observadas nos 3 CMS, de setembro de 2009 a agosto de 2010, sendo a maioria ordinárias, e algumas extraordinárias. Também houve participação desta pesquisadora como ouvinte na Conferência Intersetorial de Saúde Mental (realizada em Joinville em nove e dez de abril de 2010, onde estavam presentes participantes de oito municípios dentre os quais Joinville e Balneário Barra do Sul), e de eventos organizados pela secretaria municipal de saúde e saneamento de Barra do Sul, para os quais eram convidados também os conselheiros.

Durante essas observações a pesquisadora mantinha-se em silêncio, anotando suas impressões sobre os assuntos e as relações que se estabeleciam, propondo-se a não expor suas opiniões quando questionada – ainda que isso tenha sido difícil em algumas situações devido a curiosidade que alguns conselheiros tinham sobre as opiniões de alguém “de fora”.

De acordo com Cardoso (*op.cit.*, p. 103),

observar é contar, descrever e situar os fatos únicos e cotidianos, construindo cadeias de significação. Este modo de observar supõe [...] um investimento do observador na análise de seu próprio modo de olhar. Para conseguir esta façanha, sem se perder entrando pela psicanálise amadorística, é preciso ancorar as relações pessoais em seus contextos e estudar as condições sociais de produção dos discursos. Do entrevistador e do entrevistado.

2) Leitura e análise das atas e demais documentos dos conselhos: A análise das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias é uma técnica que auxilia muito o entendimento sobre a dinâmica de um CMS. A partir das atas

⁸ O Conselho Municipal de Saúde de Joinville solicitou também que o projeto de pesquisa fosse submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade, o que foi providenciado. A pesquisa está registrada no CEP sob o número FR – 320074.

é possível identificar o que se discute, o que se delibera, como atua um conselho. Além disso, nas atas é possível perceber os ruídos e os silêncios, quais assuntos geram debates, o que é destaque, quem se pronuncia e quem se cala. Assim também foi possível, através das leituras das atas, identificar atores-chave para a realização das entrevistas.

Para este trabalho foram analisadas atas das reuniões de 2008 a 2010, dos três municípios, a partir de seis categorias de análise: cinco propostas por Grisotti e Patrício (2006) – número de participantes, temas, discussão, encaminhamentos e resolutividade – e uma que mostrou-se importante para a pesquisa em questão: intersetorialidade, ou seja, a articulação do CMS com demais espaços e/ou instituições. As atas dos CMS de Joinville e Jaraguá do Sul foram obtidas através da Internet, onde se encontram disponíveis para apreciação pública. Já as atas do CMS de Balneário Barra do Sul estão contidas em livros-atas manuscritos, que foram emprestados à pesquisadora a fim de obter cópia. Como um desses livros, referente às reuniões de 2007 e 2008, havia sido extraviado, não foi possível fazer análise das atas deste período.

Além das atas das reuniões, foram analisados também documentos como regimentos internos, leis municipais de criação e reformulação dos CMS, ofícios, pareceres, etc. O acesso a estes documentos deu-se da mesma forma que as atas: nos CMS de Jaraguá do Sul e Joinville foram obtidos nos sites na Internet⁹, e no CMS de Balneário Barra do Sul o acesso foi através de fotocópias fornecidas por funcionários da SMS.

3) Entrevistas semi-estruturadas: Foram realizadas 13 entrevistas, nove com conselheiros dos CMS, duas com funcionárias da secretaria executiva de CMS, uma entrevista com conselheiro local de saúde e uma com pessoa ligada a um movimento social de saúde. A escolha dos conselheiros entrevistados ocorreu a partir das observações das reuniões dos conselhos, momento em que era possível identificar os conselheiros assíduos e presumivelmente mais inteirados nas

⁹ Os sites citados podem ser acessados através de links constantes em www.saudejoinville.sc.gov.br (CMS Joinville) e www.jaraguadosul.sc.gov.br (CMS Jaraguá do Sul).

questões dos CMS, levando em consideração também a disponibilidade que alguns conselheiros demonstraram desde o momento em que a pesquisa foi apresentada. Além disso procurou-se respeitar uma paridade entre os diferentes segmentos - foram entrevistados três conselheiros representantes dos gestores, dois representantes de profissionais/prestadores de serviço e quatro representantes de usuários do sistema, além de duas secretárias executivas e outras duas pessoas que não estavam como conselheiras municipais à época da entrevista, mas que tinham forte vínculo com o CMS – e uma distribuição de entrevistados por município conforme o porte do respectivo conselho – foram seis entrevistados em Joinville, quatro em Jaraguá do Sul e três em Balneário Barra do Sul. Os contatos solicitando as entrevistas deram-se pessoalmente, nos dias de reuniões, ou por email.

As pesquisas foram realizadas em diferentes locais, combinados com os entrevistados. Todas as entrevistas seguiram roteiro previamente elaborado (Anexo I), mas permitindo questões a serem incorporadas no momento da entrevista. Foi utilizado um gravador de voz, para colaborar na captação completa do diálogo. As transcrições deste material foram realizadas somente pela pesquisadora e os nomes dos entrevistados foram omitidos, a fim de preservar sua identidade¹⁰ - ainda assim, um delineamento mínimo do perfil destes entrevistados encontra-se no anexo II. Os cuidados metodológicos na formulação das perguntas, no decorrer das entrevistas e no tratamento dos dados basearam-se nas contribuições de Quivy e Capenhoudt (*op. cit.*). A partir dessa proposta metodológica, procurou-se atentar para cinco aspectos que os autores colocam a respeito da aplicação da entrevista (*op. cit.*, p. 77):

1 – O entrevistador deve esforçar-se por fazer o menor número possível de perguntas;

¹⁰ A omissão dos nomes dos entrevistados, além de ser uma exigência do comitê de ética, é também uma preocupação com o bem-estar do indivíduo entrevistado, procurando evitar que suas falas possam ser usadas posteriormente por terceiros, visto que as questões tratadas dizem respeito a um espaço político de discussão e divergências. Os nomes de pessoas citadas nas entrevistas também foram omitidos, sendo estes substituídos por termos que descrevam a ocupação da pessoa citada.

- 2 – Formular suas intervenções da forma mais aberta possível;
- 3 – Abster-se de implicar no conteúdo da entrevista;
- 4- Procurar que a entrevista se desenrole num ambiente e num contexto adequados;
- 5 – Gravar a entrevista.

Para a análise e interpretação dos dados identificou-se as categorias que emergiram dos discursos dos entrevistados, especialmente sobre intersectorialidade e interdependência nos Conselhos Municipais de Saúde, utilizando-se a análise de discurso, seguindo a proposta de Gill (2004), para quem a

análise do discurso é uma leitura cuidadosa, próxima, que caminha entre o texto e o contexto, para examinar o conteúdo, organização e funções do discurso. (...) É uma interpretação, fundamentada em uma argumentação detalhada e uma atenção cuidadosa ao material que está sendo estudado. (Gill, 2004, p. 266)

A análise de discurso não prevê realizar amplas generalizações empíricas ou afirmações bombásticas. O interesse não está nas motivações internas, nas atitudes individuais, e sim na construção cultural do objeto em questão. Um dos mais conhecidos defensores da análise do discurso, Foucault considera que

em toda a sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (Foucault, 2004, p. 8)

As informações apresentadas a partir daqui estão baseadas nestas diversas fontes – entrevistas, relatos informais, documentos (como decretos, ofícios e atas de reuniões), páginas na internet e observações em campo. Buscou-se sempre que possível a confirmação em mais de uma fonte a fim de garantir uma apresentação fidedigna destes conselhos.

3.2 Características gerais da microrregião e dos municípios

Os municípios de Joinville, Jaraguá do Sul e Balneário Barra do Sul estão localizados na mesorregião do norte catarinense, e na microrregião que leva o nome do maior de seus municípios, Joinville. Esta região foi criada através da Lei Complementar número 62, de 06 de janeiro de 1998, estando fundamentada no artigo 114 da constituição estadual. Fazem parte desta região mais 18 municípios, entre os quais estão Balneário Barra do Sul e Jaraguá do Sul, que têm Joinville como referência para alguns serviços de saúde¹¹, sendo este município polo regional em alta complexidade ambulatorial para todos os municípios da região, e, no caso de Barra do Sul e de mais três municípios, Joinville é também sede de módulo para média complexidade (Santos, 2005, p. 27).

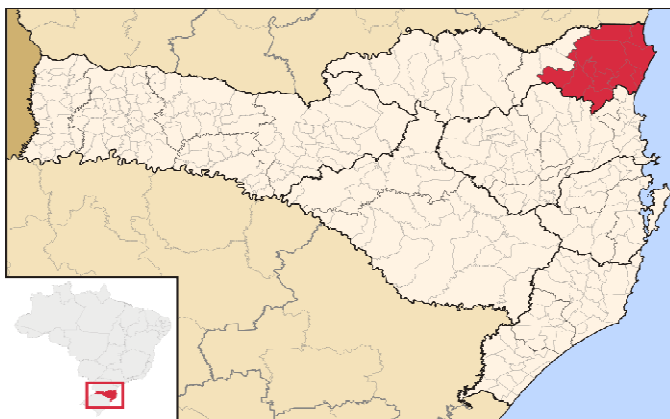


Figura 1: Mapa do estado de Santa Catarina - Destaque para a microrregião de Joinville.

Joinville é a maior cidade de Santa Catarina com uma população de 509.293 habitantes (CENSO IBGE/2010), e considerada a mais industrializada do estado. Abriga

¹¹O conceito de “referência” encontra-se no primeiro capítulo desta dissertação na página 25.

indústrias líderes em seus segmentos de atuação, e cresce também no setor de serviços e turismo. No que diz respeito à política tem, pela primeira vez, o Partido dos Trabalhadores à frente do executivo municipal. A participação da população nos processos políticos, o município tem expressividade principalmente através de Plano Diretor, Conferências (além das conferências municipais, Joinville sedia também algumas conferências regionais e estaduais) e Conselhos – alguns conselhos gestores do município, como o COMSEAN (Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional) e COMDE (Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência) são tidos como referência por seus pares de outros municípios.

O município de Jaraguá do Sul tem uma população, segundo dados do Censo do IBGE de 2010, de 142.209 habitantes. Sua economia baseia-se principalmente em um parque industrial forte e diversificado: malharias e confecções, metal-mecânica, parapentes e produtos alimentícios. A cidade elegeu pela primeira vez uma mulher como prefeita, representante dos Democratas. O destaque que se dá em relação às iniciativas de participação e controle social dos cidadãos no município é a revisão e adaptação do Plano Diretor e do Estatuto da Cidade e a existência de vinte e três conselhos deliberativos e/ou consultivos¹², todos com informações disponíveis no site da prefeitura municipal e amparados pela divisão de conselhos – cujo funcionamento será melhor explicado posteriormente.

O município de Balneário Barra do Sul é o mais novo e o menos habitado dos três pesquisados. Desmembrado da vizinha Araquari em 1992, o município tem 8.303 habitantes (IBGE/2010). Esse número tem uma variabilidade considerável em função da cidade, litorânea, receber muitas pessoas (moradores eventuais e turistas) no verão. De colonização majoritariamente açoriana, o município tem como base de sua economia a pesca, durante todo o ano, e o

¹² Esse número considerável de conselhos existentes em um mesmo município reflete uma tendência apontada em Santos Junior *et. al.* (2004, p. 26), que afirmam que por mais que a indução da legislação federal obrigue a criação de conselhos em alguns setores (e a saúde é um deles), é inegável que estes espaços - os conselhos – vêm paulatinamente adquirindo importância e legitimidade na gestão das políticas locais, através da iniciativa de outros atores.

turismo e comércio na alta temporada. O município, assim como Joinville, também elegeu pela primeira vez um prefeito representante do Partido dos Trabalhadores. Os processos de participação da população nas tomadas de decisão política ainda encontram alguns impedimentos, mas vem se desenvolvendo através de audiências públicas (sobre saneamento básico, defesa civil, e outras) e na busca da consolidação do Plano Diretor. Os conselhos gestores existentes têm estabelecido uma trajetória em busca de reconhecimento e resolutividade, mas de maneira geral ainda apresentam pouco reconhecimento e legitimidade frente à população do município.

3.3 Descrição dos Conselhos Municipais de Saúde pesquisados

3.3.1 CMS – Balneário Barra do Sul

O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei Municipal 18/93, de 28 de abril de 1993. Porém, conforme consta em seu livro de atas, organizou-se a primeira reunião para discutir a criação e composição deste conselho somente em maio de 1994. Neste primeiro momento deixou-se claro que “de acordo com a lei do conselho, a secretária municipal de saúde é sua presidente nata”(Ata CMS/BBS – 09/05/94). De fato, no ano de 2009 é que houve a primeira eleição para presidente, e até 2010 o CMS deste município não havia tido presidente que não fosse gestor – o que mudou na última eleição, como se verá a seguir.

É um CMS que a princípio não destoa das características apresentadas por outros conselhos de municípios de menor porte: pouca rotatividade dos participantes, com alguns membros que acabam representando diferentes entidades a fim de se manter no conselho em várias gestões, durante muitos anos; pouco conhecimento das atividades do conselho por parte da população em geral – há pouca divulgação das atividades nas unidades básicas de saúde ou de forma midiática (como jornal ou internet); certa carência de condições físicas, financeiras e técnicas para uma atuação efetiva; e apresenta em seu histórico gestões em que o conselho existia formalmente mas

não efetivamente, sendo convocado conforme a necessidade do executivo.

Além disso, o CMS de Balneário Barra do Sul enfrentou um problema que evidentemente preocupava muito os envolvidos: o livro com as atas das reuniões dos anos de 2005 a 2008 desapareceu de uma forma que não se esclareceu até hoje. Essa questão, além de tomar muito tempo nas discussões das reuniões posteriores, causou preocupação por suas possíveis consequências, e gerou a realização de boletim de ocorrência. Este ocorrido parece estar ligado ao que Moreira e Escorel (*op. cit.*) chamaram de “gestão ultrapresidencialista”¹³: segundo os relatos, o então secretário de saúde explicitamente não aceitava a participação e o controle social através do conselho.

Aqui na nossa cidade infelizmente o conselho era chamado, os conselheiros não sabiam nem porquê. Não tinham ideia. Eles chamavam a gente só pra assinar. (...) Então se nós quiséssemos saber alguma coisa nós tínhamos que procurar fora, porque por ele nós não sabíamos de nada! Quanto mais cegos fossem os conselheiros, melhor era. (Entrevista 11)

O município passou por esse problema muito grande, foi um problema político, governamental mesmo, que acabou em nível de cassação de prefeito, que não estava diretamente com o conselho, mas querendo ou não indiretamente estava ligado ao conselho. Então o conselho era chamado pras reuniões quando era de interesse dos gestores municipais de saúde da época. (Entrevista 01)

Os conselheiros são, segundo eles próprios, convidados a participar do conselho. Não há necessariamente uma eleição em que se decide quais serão as entidades participantes ou os

¹³ Os autores utilizam o conceito de Abrucio (1998), que classifica ultrapresidencialismo como quando “o poder executivo é o principal agente em todas as etapas do processo de governo, relegando a assembleia legislativa a um plano secundário. Os mecanismos de controle do poder público são pouco efetivos, tornando o sistema político um presidencialismo sem *checks and balances*” (Abrucio *apud* Moreira e Escorel, *op. cit.* p. 798).

indivíduos que atuarão como conselheiros. O que foi colocado em várias entrevistas – e percebido na leitura das atas, visto que algumas reuniões foram canceladas por falta de quórum - é que há dificuldade em manter o conselho devido ao baixo número de entidades e pessoas interessadas em participar:

O que falta aqui dentro da Barra do Sul são pessoas comprometidas. Porque é o que eu sempre digo, as pessoas não buscam ajudar as outras pessoas, porque não é remunerado, se fosse remunerado, ou se fosse feito jantar todo final de semana, aquele negócio todo, oh, chovia de gente! Então é o que eu sempre digo, falta comprometimento. (Entrevista 12)

Porque se esses abnegados, eu vou dizer assim, desistirem, acabou o conselho de Balneário Barra do Sul. Acabou. Primeiro porque há pouco interesse das pessoas em lá estar. A secretária até fez um convite pra todas as associações da cidade, pra que mandassem um membro pra participar: ninguém veio, não se interessaram. (Entrevista 11)

Este é provavelmente um dos motivos pelos quais o CMS de Barra do Sul ainda enfrenta, com certa frequência, problemas de paridade. Há atualmente trinta conselheiros (15 titulares e 15 suplentes) atuando neste conselho. Em relação à sua composição o conselho de Balneário Barra do Sul obteve um avanço na última eleição da mesa diretora, quando um prestador de serviço tornou-se presidente, o que nitidamente é motivo de orgulho para os membros do conselho:

Nós só conseguimos mudar isso aí e fazer o conselho ser reconhecido quando conseguimos mudar um cancro dentro do conselho, porque até então o presidente do conselho era o gestor! Como é que ele iria contra ele? Como é que ia dar força para o conselho contra o patrão dele? Quando nós começamos a mudar e dizermos que o presidente do conselho tem que ser eleito

pelos conselheiros, pode até ser o gestor, pode até ser, a lei permite, mas de preferência alguém que não seja. (Entrevista 11)

Eu sempre bati na tecla, e a lei já vem com isso¹⁴, é a eleição do presidente. Eu nunca fui a favor do secretário ser presidente, apesar de eu ser presidente, mas foi por uma eleição. Pra futura secretária eu sugiro assim que seja feita a eleição e não aconselharia que ela fosse a presidente, até porque o conselho fiscaliza e delibera as ações e condutas do gestor, então como ela vai deliberar e fiscalizar as próprias ações? (Entrevista 01)

Como citado anteriormente, este conselho conta com pouca estrutura para funcionamento: não há uma pessoa que responda enquanto secretaria executiva do CMS – a secretária da mesa diretora, funcionária da secretaria municipal de saúde, é quem prepara atas, ofícios e demais documentos. Não há um espaço físico próprio do conselho, e a escassez de material de expediente ficou evidente em algumas reuniões observadas. Há também, segundo as entrevistas e as discussões em assembleias, uma forte necessidade de formação/capacitação destes conselheiros, o que durante muito tempo não ocorreu devido a falta de previsão de recursos para tal:

No ano passado eu tive contato com o estado, não necessariamente com o conselho mas com a secretaria do estado, que estava disponibilizando um evento, um curso para os conselheiros, só que a gente não pôde ir por falta de recursos pra mandar esses conselheiros. Pra custear hotel e passagem. Carro até a gente tinha como mandar, mas o problema é hotel, porque os cursos eram de três dias, então a gente perdeu uma oportunidade grande de levá-los e eles se

¹⁴ A lei municipal do conselho municipal de saúde dispunha que o secretário municipal de saúde era o presidente nato do conselho, o que impedia qualquer eleição ou questionamento. Uma alteração na lei que possibilitasse a eleição de qualquer conselheiro como presidente só foi realizada em 2007.

capacitarem por conta disso. (...) E ele tem que fazer, não adianta! Como você vai exigir que o cara não venha aqui pedir exame porque é conselheiro se você não capacita o cara? (Entrevista 01)

Felizmente dentro do conselho nós temos quatro conselheiros que fizeram capacitação, então nós não sabemos nada, mas um pouquinho a gente já pegou, e é o que a gente está tentando colocar dentro do conselho. Mas tem que ter mais capacitação, não adianta. (Entrevista 11)

[A capacitação] foi determinante. Pra nós foi, porque a partir daquilo é que nós tivemos conhecimento das leis, aí nós começamos a pressionar, porque nós sabíamos que tínhamos esse direito! (...) Mas isso já faz tempo, quantas coisas já foram mudadas de lá pra cá? Lei muda todo dia, se escrevem uma lei hoje amanhã já estão mudando. (Entrevista 12)

Essas características fazem parte da realidade não só deste CMS em especial, mas de vários outros Brasil afora. Elas fazem com que os conselhos apresentem uma baixa autonomia em relação à secretaria municipal de saúde, principalmente material, mas também humana, intelectual.

O conselho é subordinado à secretaria, eles ainda dependem, eles não andam sozinhos. Se a secretária [municipal de saúde] não pode ir à uma reunião do conselho, não tem reunião. Não tem reunião, nem com suplente, nem o suplente faz a reunião! E eu acho que eles ainda associam o conselho à secretaria, é uma coisa condicional, vamos supor assim, se a secretária não está e o conselho é da secretária, pois foi ela que incentivou a busca por esse processo, não tem reunião. (Entrevista 01)

Ainda assim, fica evidente que a relação do conselho municipal com a secretaria de saúde de BBS encontra-se em

um momento bastante positivo, especialmente se comparado às gestões anteriores. Tanto gestores quanto conselheiros representantes dos demais segmentos fazem uma boa avaliação desta relação:

Aqui você pode fazer uma separação do que era antes e o que foi depois, porque até então o conselho aqui nessa cidade... não se tinha. Tinha o conselho pra assinar quando interessava a eles, a reunião não existia, existia só quando tinha alguma coisa pra assinar. E quando nós iniciamos nós dissemos pra secretária que ficasse bem claro uma coisa, que o conselho municipal de saúde de Balneário Barra do Sul não é submisso à secretaria de saúde. Ele é um órgão totalmente independente, com voz própria. Daqui pra frente vai ser assim. Quer? Quer. Então vai ser assim. E nós estamos tentando fazer isso. (Entrevista 11)

Foi a [secretária de saúde] que botou ordem, uma mulher excelente, foi quem começou a nos ajudar, dar moral para o conselho. Mas até então o conselho só dizia “amém, amém”. (Entrevista 12)

Quando eu fiz [a prestação de contas] pela primeira vez, eles ficaram deslumbrados, nunca ninguém mostrou número pra eles! Nunca ninguém mostrou quanto a gente gastava em folha de pagamento, e pra gente é normal, a gente acaba sempre discutindo isso. (...) Por mais que eles não entendam muita coisa, saem dali deslumbrados porque tu apresentou, porque tu abriu a porta da secretaria, até então as coisas eram muito escondidas, ninguém abria nada, não mostrava nenhum balancete, era tudo muito escondido. (Entrevista 01)

As reuniões do CMS de Balneário Barra do Sul, durante o período acompanhado, acabaram não seguindo o cronograma proposto. Várias delas foram adiadas por motivos

diversos (principalmente relacionados à atividades da secretaria de saúde ou pela impossibilidade de um ou mais conselheiros) e o adiamento era informado aos conselheiros geralmente bem próximo da data marcada. Essa falta de estabilidade no cronograma das reuniões acabou inviabilizando algumas observações para esta pesquisa, pois houve situações em que a reunião era desmarcada e a pesquisadora ia até o local, sem saber da mudança de data. Mas mais do que isso, preocupa o fato de que a quebra na rotina de trabalho do conselho inviabiliza a participação da população em geral, e provavelmente acaba contribuindo para uma diminuição da credibilidade deste espaço.

Dentre os três conselhos pesquisados, o de Balneário Barra do Sul é o que tem mais conselheiros com dúvidas em relação à efetividade do seu trabalho. Tanto nas entrevistas quanto em conversas eventuais com conselheiros¹⁵, em vários momentos foi possível identificar que as dificuldades estruturais, a falta de reconhecimento por parte da população e a pouca resolutividade desmotivam os conselheiros a seguir atuando no conselho municipal de saúde.

Isso desestimula você, sabe? Pô, eu saio da minha casa, eu deixo a minha casa, eu deixo o meu filho, deixo ele em casa, pra correr, pra vir batalhar, então chega uma hora que eu não sei se... Se a coisa continuar desse jeito eu não sei se vou muito longe, porque eu estou vendo muito pouca coisa acontecer. (Entrevista 12)

Há, no entanto, um aspecto que merece ser destacado: possivelmente por ser um conselho menor que os demais pesquisados, a relação entre conselheiros se dá de forma bem mais informal (na ficha com os dados dos conselheiros existe o item “apelido”, que comprova essa informalidade). Longe de desqualificar este espaço, percebe-se esse aspecto como positivo, pois deixa os indivíduos mais a vontade, dispostos a fazer questionamentos e colocações. O fato de o encontro ser organizado em um círculo de cadeiras dispostas bem

¹⁵ Em conversas informais ouviu-se de conselheiros que não chegaram a ser formalmente entrevistados, que estariam “perdendo tempo” participando do conselho.

próximas umas das outras dá um ar de conversa entre amigos. Ainda que em alguns momentos pareça fazer falta uma melhor coordenação dos trabalhos, com organização do pedido de palavra e tempo para exposição, a integração e até mesmo intimidade instaurada nos momentos de reunião pode ser avaliada como positiva neste conselho.

É uma construção. Aquele momento acaba tendo que ser um aprendizado. (Entrevista 01)

As reuniões contam com um número não muito grande de participantes. Há conselheiros que faltam com bastante frequência - o que inviabilizou a execução de assembleias por falta do quórum necessário – e os visitantes também são em pequeno número. As apresentações realizadas pelos gestores no CMS são dispostas para visualização em datashow, e algumas vezes a pauta da reunião foi distribuída em folha A4 para os participantes (anexo III).

Em relação a aspectos como reconhecimento e resolutividade, o CMS de Barra do Sul encontra-se em uma realidade um pouco fragilizada. Não há um vínculo expressivo com a população em geral, que desconhece ou não reconhece o trabalho do conselho. Isso fica visível, por exemplo, na leitura das atas, quando observa-se a baixa participação de pessoas que não são conselheiras nas reuniões, e nas próprias entrevistas:

É por isso que eu te digo que nosso conselho aqui está engatinhando. Há uma forte oposição ao conselho na cidade, há infelizmente alguns que acham que o conselho não tem função dentro da cidade! Você entendeu? Eles acham que o conselheiro está ali por estar, por interesse próprio, e não tem valor nenhum. (Entrevista 11)

[A população] não tem noção do que é um conselho! Não tem! Nem sabe que existe conselho! (Entrevista 12)

Parece haver também uma baixa resolutividade neste conselho - as questões são debatidas nas reuniões, mas muitas

deliberações não são levadas adiante. Surgem boas ideias, às quais a maioria dos presentes acata, mas grande parte delas não volta a ser discutida, ou, se volta, não fica claro de quem se poderia/deveria cobrar sua execução. Alguns exemplos disso são: 1) ênfase, em várias reuniões, para a importância da constituição de comissões de trabalho dentro do conselho, que chegam a ser formadas para tratar de algum ponto específico, como organização de conferência de saúde, mas que não existem de forma permanente. Durante o período em que foi acompanhado, este conselho discutiu a importância de se ter comissões permanentes de trabalho, mas não chegou a consolidar a formação destas; 2) divulgação das reuniões do conselho nas unidades de saúde (Ata CMS/BBS 15/03/10); 3) elaboração de ofícios diversos (por exemplo na Ata CMS/BBS 31/05/10), etc.

Isso provavelmente ocorre porque não há uma centralização dessas atividades, alguém que tenha a obrigação de executar e de responder por esses encaminhamentos. É difícil imaginar que os conselheiros representantes de usuários, prestadores de serviços ou profissionais da saúde possam tomar sempre a iniciativa de realizar os vários encaminhamentos que surgem após uma assembléia do conselho. Mas não se pode negar que os conselheiros representantes dos gestores também se encontram num cotidiano repleto de atividades da própria secretaria de saúde, o que demonstra a dificuldade de todos os segmentos presentes no conselho em levar adiante, isoladamente, o que se delibera em assembléia.

A solução para este fato parece ser a obtenção de um serviço permanente de secretaria executiva, que poderia ser tanto exclusiva do CMS, ou até mesmo um serviço que centralizasse todos os conselhos gestores do município, a exemplo de outros municípios de pequeno porte que já adotaram essa medida¹⁶. Caso isso não seja possível, é inadiável que cada deliberação esteja claramente acompanhada de um responsável pela sua execução, e que

¹⁶Em alguns municípios que não podem arcar com os gastos de manter uma secretaria executiva para cada conselho gestor, existe uma secretaria que centraliza a parte executiva de todos os conselhos (da saúde, de direitos da criança e adolescente, da assistência social, do idoso, do meio ambiente, etc.).

haja o hábito de se voltar às deliberações para saber se foram executadas ou não. Neste caso, seria basicamente uma reorganização do trabalho, com melhor coordenação das atividades.

De qualquer forma, a resolutividade é uma das questões mais incipientes deste conselho e que acaba se evidenciando também nas ações intersetoriais: há a intenção de realizar articulações intersetoriais, mas elas muitas vezes não ocorrem principalmente por essa dificuldade de estabelecer os encaminhamentos posteriores às assembleias.

De fato, a infra-estrutura é um aspecto que de início pode parecer secundário – principalmente quando comparado à vontade dos envolvidos, que, entusiasmados em participar não encaram este como o maior dos problemas. No entanto, ao longo das atividades é possível perceber o quanto este aspecto é fundamental para a efetividade de um conselho gestor.

Se não têm local físico, infra-estrutura mínima, recursos financeiros para concretizarem as escolhas, os conselhos não inovam, apenas reproduzem velhas práticas clientelísticas, como atores coadjuvantes de um filme antigo, pretensamente moderno porque foi colorizado. (Gohn *in* Santos Junior, *op. cit.*, p.67)

3.3.2 Conselho Municipal de Saúde – Jaraguá do Sul

Este conselho foi instituído a partir da lei municipal 1676/93, de 16 de abril de 1993, recebendo reformulações na composição, competências e atribuições no ano de 2006, através da lei municipal 4.525 de 13 de dezembro de 2006, e alterado em sua composição através da 4.585 de 14 de março de 2007, com mais uma modificação em 2010 através da lei 5498, que objetivou regulamentar a composição.

Atualmente o conselho é composto por 64 conselheiros (32 titulares e 32 suplentes) que tomaram posse durante o período da pesquisa de campo, em maio de 2010, e ficarão até 2012. Os conselheiros representantes das entidades não-

governamentais são eleitos em fórum próprio, organizado pelo próprio CMS, e os representantes do governo são indicados pelo chefe do executivo municipal. A mesa diretora está sendo presidida atualmente por um representante dos prestadores de serviços.

O Conselho Municipal de Saúde conta com uma estrutura adequada para seu funcionamento. Há uma secretária executiva, funcionária efetiva da secretaria municipal, com carga horária de quarenta horas semanais destinadas exclusivamente ao conselho. A secretaria executiva do CMS está instalada em uma sala dentro da própria secretaria municipal de saúde, onde estão disponíveis para os conselheiros materiais para leitura e equipamentos enviados pelo ministério da saúde (computador, impressora, *data show*,...). A secretária executiva é responsável pela elaboração de documentos, organização das assembleias e reuniões de comissões, repasse de informações aos conselheiros, etc.

As assembleias ordinárias ocorrem regularmente dentro do cronograma, e quando necessário são marcados encontros extraordinários. O local das reuniões manteve-se sempre o mesmo durante o período estudado: o auditório de uma policlínica da cidade. Houve, com frequência, durante o período pesquisado, acompanhamento das reuniões por parte de visitantes diversos – ainda que em número não muito grande -, o que em primeira instância demonstra interesse de alguns setores da sociedade nas ações dos conselhos. Para cada participante, é entregue uma folha A4 com a pauta do dia (anexo IV) e a visualização das apresentações pode ser feita através de *data show*¹⁷.

A condução da reunião dá-se de maneira menos formal que o CMS de Joinville, por exemplo. Em Jaraguá do Sul, é comum haver tempo destinado para a “palavra livre” após a pauta pré-determinada, e neste momento os presentes fazem colocações, via de regra, sobre a situação da saúde no município. A coordenação do tempo destinado a cada ponto

¹⁷Os pareceres das comissões do CMS-JGS, no entanto, são apenas lidos para os demais por um membro da comissão, e talvez fosse interessante que estes pareceres também estivessem disponíveis em *data show* a fim de que cada indivíduo presente pudesse visualizá-los.

da pauta e a inscrição para a fala são comuns, mas não chegam a ser rígidos – em quase todas as reuniões observadas a coordenação dos trabalhos era feita de maneira bastante branda.

A necessidade de capacitação para os conselheiros foi citada em uma entrevista:

O grande problema do conselho é a falta de capacitação do conselheiro, porque têm muitos, 99% dos conselheiros não tem conhecimento da legislação. A capacitação dos conselheiros é uma coisa que a gente também vem pedindo a muito tempo para o conselho. (...) E nunca teve. A única coisa que teve, que a gente fez a anos atrás, eram umas oficinas, lá em um hotel, passamos lá um final de semana, mas isso foi em 2000, foi logo no começo, nunca mais teve¹⁸. E os conselheiros que estiveram lá já nem estão mais atuando. Eu acho que a capacitação dos conselheiros deveria ser anual, acontecer anualmente. (Entrevista 05)

Por outro lado, em algumas conversas informais com indivíduos ligados a esse CMS ouviu-se que não basta que o gestor destine verba para a capacitação, é preciso que os próprios conselheiros demonstrem interesse não só pelo *evento* da capacitação em si, mas que se apropriem do conhecimento que lhes é disponibilizado através da leitura de materiais impressos, livros, internet, etc.

Quando se trata da relação do CMS com a secretaria municipal de saúde, percebe-se que esta fornece as condições necessárias para as atividades do conselho:

Está no regimento interno que é função da secretaria dar todas as condições tanto para secretária executiva, quanto pras plenárias, quanto pras comissões, isso está no regimento

¹⁸Aqui, mesmo respeitando a fala do entrevistado, é preciso citar que conforme a ata da reunião de 29/07/08 houve uma capacitação no dia 13 de setembro de 2008 – mas de fato é o único registro de capacitação nas atas das reuniões entre 2008 e 2010.

e isso é cumprido. A gente tem espaço na secretaria pras reuniões da comissão, a gente tem o nosso espaço pra fazer as assembleias... (Entrevista 04)

Junto a essa existência e efetividade de uma estrutura de funcionamento para o conselho alia-se o fato de que vários conselheiros representantes de usuários, prestadores e profissionais mostraram-se bastante atuantes e atentos às ações da SMS, o que transpareceu nas diversas técnicas de pesquisa em campo. Esses dois fatores, juntos, parecem ser causa de o conselho demonstrar autonomia em relação a secretaria municipal de saúde, questionando ações da gestão e solicitando esclarecimentos, que foram respondidos pelo executivo durante o período acompanhado por esta pesquisadora.

Contudo, há que se registrar que uma mudança nessa relação conselho/gestor municipal pode ser observada durante esta pesquisa a partir da troca de gestão do conselho, que ocorreu em maio de 2010. Ainda que vários conselheiros estivessem em sua primeira gestão a partir daquele momento, parece que não foi esse o fato mais marcante, mas a reorganização interna que se deu no conselho a partir de então: uma nova formação da mesa diretora deu mais voz ao segmento governo, já que a coordenação dos trabalhos passou a ficar sob responsabilidade do presidente, representante dos prestadores de serviços, representando um hospital conveniado e da secretária da mesa, funcionária da SMS e conselheira com muitos anos de experiência conselheira.

Isto que está se apontando aqui como “dar voz” é um aspecto bastante subjetivo. Parece não ser algo consciente, premeditado, e longe de ser uma característica individual de quem lá está, reflete uma tendência – que ocorre não apenas neste conselho, mas também no de Joinville, conforme será demonstrado a seguir – de que a mesa diretora centralize/direcione as falas e as discussões, as vezes excessivamente. Esse aspecto pode ser verificado graças à extensão desta pesquisa de campo, que acompanhou parte da gestão anterior do conselho, quando uma conselheira representante do segmento usuário era a presidente, e da

mesma maneira tendia a “dar mais voz” aos segmentos não-governamentais.

No que diz respeito ao seu funcionamento, o Conselho de Jaraguá do Sul parece apresentar alguns problemas de resolutividade em algumas questões específicas, mas no geral dá conta de seus encaminhamentos. Aqui talvez seja importante registrar que na leitura das atas dos anos de 2008 e 2009 sentiu-se que o CMS tinha pouco tempo hábil para a discussão de determinados assuntos, cujos documentos acabavam sendo encaminhados pela SMS muito próximos do prazo de aprovação.

No entanto, ainda que destacando as fragilidades que o conselho enfrentou em alguns momentos, os entrevistados neste município avaliaram os trabalhos do CMS-JGS de forma positiva.

Eu vejo assim, hoje nós temos montado novamente esse mecanismo que nós tínhamos e acabamos, não sei como é que a gente poderia dizer isso, perdendo ou relaxando com isso, mas a iniciativa toda foi muito importante, aqueles levantamentos todos que foram feitos foram muito importantes, e eu sei que essa é a função do controle social. (Entrevista 05)

É um conselho atuante. Claro que tem suas divergências, cada um tem seu segmento e cada um defende a sua tese e a sua ideia. E são conselheiros que estão realmente pra trabalhar. Muitas vezes a linguagem deles não é uma linguagem técnica, mas é uma linguagem da comunidade, é uma linguagem que traz o que a comunidade está gritando na verdade, então cai aqui [na assembleia], ou cai na comissão, e disso nasce um parecer, e disso nasce uma visita, aí vai lá no SAMU, nos prestadores, nos laboratórios, mas tudo isso nasce da comunidade, do movimento social mesmo, que é a maior demanda, cinquenta por cento é usuário! (Entrevista 04)

Aí também tem o lado político, não é? No caso, do jeito que está indo agora eu acho que está bom, porque não tem a oposição ao executivo coordenando o conselho municipal. E como está hoje, com certeza o que é decidido aqui é acatado. (Entrevista 13)

Está muito atuante, ele está bem participativo. Claro que dá um trabalho pra gente, porque a gente sabe das lutas internas aqui pra conseguir montar, conseguir viabilizar a questão do SUS, mas isso é um avanço. (...) Foi um crescimento muito grande, porque no início a gente nem sabia porque estava lá. A conquista da participação popular e do controle social avançou muito. (Entrevista 10)

Há seis comissões permanentes de trabalho formadas no CMS-JGS, a saber: de planejamento; finanças e orçamento; fiscalização e controle; legislação e normas; saúde do trabalhador, e comissão de ética. Durante o período acompanhado, havia a definição dos conselheiros participantes destas comissões, mas conforme as discussões ocorridas em assembleias, havia dificuldade de se manter a periodicidade dos trabalhos em algumas comissões, principalmente pela rotatividade dos participantes e por falta de quórum nas reuniões específicas.

As ações do conselho parecem ter uma visibilidade e legitimidade considerável para a população do município: eventualmente há menções sobre o conselho em jornais impressos locais, e há uma página na Internet, mantida no portal da prefeitura municipal, com informações regularmente atualizadas sobre o conselho, como histórico, composição atual, legislação, atas e pareceres, informações sobre futuras reuniões e contato.

Sobre essa relação com a comunidade, destaca-se a ocorrência de discussões no interior do CMS sobre a importância da criação de conselhos locais de saúde no município. Na reunião de janeiro de 2008 (CMS-JGS 29/01/08) já havia sido informada a aprovação da criação dos conselhos locais, e a discussão sobre os CLS continuou a

ocorrer nas reuniões seguintes, mas por enquanto parece ainda não haver previsão para sua implantação.

Há uma particularidade nas discussões do CMS de Jaraguá do Sul que merece ser citada: diferentemente dos outros dois conselhos, aqui fica muito explícita a tensão entre os interesses do SUS e da prestação privada de serviços de saúde. Em algumas falas durante as reuniões (principalmente de prestadores privados de serviço) destacava-se que a cidade tem uma população economicamente diferenciada do restante do país, que pode, em muitos casos, pagar por serviços privados, e esse discurso é utilizado de diversas formas. Por outro lado, há os que se expressam através de um discurso de defesa do SUS:

Eu fico assim preocupado, porque ao invés de as coisas passarem a ser públicas estão sendo cada vez mais privadas!, e ainda nas mãos de poucas pessoas que mandam, então isso me preocupa bastante. (...) O nosso maior problema aqui hoje é quebrar essa máfia branca que tem aí, que a gente sabe, o SUS só não está melhor porque tem muita gente trabalhando contra o SUS. E quem tem poder trabalha contra o SUS. Porque os médicos são contra o SUS, os empresários são contra o SUS, os planos de saúde são contra o SUS, então assim, quem é que está a favor do SUS? (Entrevista 05)

O fato de se destacar esse aspecto aqui, nesta pesquisa, não quer dizer absolutamente que esse conflito não ocorra nos demais municípios do país, afinal, como Menicucci (*op.cit.*), Teixeira e Oliveira (*op. cit.*) e outros trabalhos demonstram, a tensão entre público e privado na saúde no Brasil é histórica. O interessante de se observar neste conselho é como é conduzida essa discussão: de uma forma muito transparente. Alguns discursos se posicionam de forma muito clara, defendendo o público, ou defendendo o privado. Já no CMS de Joinville, durante as assembleias acompanhadas, esse assunto estava frequentemente presente, mas os posicionamentos eram mais homogeneizados, fluidos (principalmente os de cunho privatizante). Ainda assim, uma

conselheira do CMS de Joinville – conselho cujas características serão descritas no próximo tópico - também mostrou preocupação com esta questão:

a melhor coisa é não votar em médico para deputado, porque eles vão privatizar, e estão privatizando o SUS! O estado de Santa Catarina tem seis ou sete municípios contando com Joinville que estão privatizando o SUS, os conselhos municipal, estadual e nacional do Rio Grande do Sul estiveram no STJ revertendo a situação de um município lá, que tem tratamento diferenciado, se você quer ser melhor atendido pelo SUS paga tanto! Estou te dizendo, isso é um absurdo. (Entrevista 09)

3.3.3 Conselho Municipal de Saúde – Joinville

O Conselho Municipal de Saúde de Joinville foi criado em 22 de março de 1991, através da Lei número 2.503, que recebeu nova redação com a Lei 2.590 de 27 de novembro de 1991, tornando mais definidas as atribuições do conselho e quais as entidades que comporiam o mesmo, obedecendo a partir daí a proporcionalidade exigida de usuários, governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde. (Santos, 2005, p.25).

Atualmente, o CMS-JLLE é composto por quarenta entidades, com dois representantes de cada uma, conforme a lei municipal 5.290 de dois de setembro de 2005. Esta lei também determina que a cada dois anos haja a substituição de três entidades do segmento de prestadores de serviço, cinco do segmento de profissionais de saúde e dos dez conselhos locais de saúde presentes no CMS – obviamente desde que existam entidades com pleito formalizado para ingressarem. Essas substituições ocorrem em votação nas conferências municipais de saúde.

Na atual gestão (2009-2011), o conselho municipal de saúde de Joinville conta, pela primeira vez, com uma presidente representante de usuários. A eleição da presidência da mesa diretora foi bastante competitiva, conforme a ata daquela reunião (CMS-JLLE 27/07/2009).

Em relação a estrutura para o funcionamento do CMS – JLLE, o regimento interno define que

os recursos humanos a serem utilizados na secretaria executiva do conselho municipal de saúde deverão ser vinculados à secretaria municipal de saúde. O governo municipal garantirá autonomia para o funcionamento do Conselho, proporcionando infraestrutura e recursos necessários para o pleno exercício de suas funções, com dotação orçamentária própria, espaço físico adequado, assessoramento técnico, secretaria executiva e estrutura administrativa. (CMS - Jlle, regimento interno, cap. VIII, art. 35).

A secretaria executiva do CMS de Joinville tem um local próprio, com duas salas e banheiro, em um prédio da secretaria de saúde. Ali são realizadas reuniões das comissões e da mesa diretora, e os conselheiros dispõem de computador, impressora e uma pequena biblioteca para realizarem seus trabalhos. A secretaria conta com quatro funcionárias¹⁹ - duas efetivas e duas estagiárias - que são responsáveis não só pelas atividades relativas ao CMS – que inclui organização, acompanhamento e operacionalização de assembleias ordinárias e extraordinárias, reuniões de comissões e de mesa diretora, capacitações, eventos e todos os encaminhamentos decorrentes - mas também centralizam as informações sobre os trinta e nove conselhos locais de saúde do município, mantendo controle sobre o funcionamento e participação destes espaços, e auxiliando-os em atividades variadas, tais como produção de informativos, digitação e impressão de algum documento, inclusive indo ao bairro quando necessário.

¹⁹ Conforme o regimento interno, a secretária executiva, que é a funcionária principal, é escolhida pelo próprio CMS dentre a equipe de funcionários da prefeitura.

A gente tem uma estrutura bacana, tem o serviço de transporte, sempre que a gente precisa fazer uma viagem ou visitar os conselhos locais, é claro que é preciso fazer uma solicitação com antecedência, mas sempre fomos atendidos. O conselho esse ano recebeu uma dotação orçamentária própria, não é uma coisa que a gente tenha dinheiro pra administrar, mas está lá no PPA, então a gente sabe que tem direito e isso facilita um pouco porque se vamos pedir alguma coisa já se justifica com base no plano plurianual, mas a gente tem sempre o apoio, se está organizando alguma coisa, não tem esse problema de negativa como eu sei que acontecem em alguns conselhos em que o gestor fica podendo, não dá isso, não dá aquilo. (Entrevista 08)

Ao que pareceu tanto nas entrevistas quanto nas assembleias, o conselho de Joinville tem suficiente autonomia em relação à secretaria municipal de saúde, principalmente no que diz respeito ao funcionamento e à infraestrutura. Além disso, foi colocado, em algumas entrevistas, que os gestores estão mais próximos do dia-a-dia do conselho:

Eu vejo essa gestão municipal mais participativa, eles vão na reunião do conselho, eles respondem para os conselheiros dos conselhos locais lá na hora, e isso eu não via antes, então acho que esse é um ponto positivo. (Entrevista 08)

A gente [secretaria municipal de saúde] responde, uma coisa que eu percebo é essa abertura, a gente não tem muito tempo pra ir no conselho, de estar mais próximo dos conselheiros, mas sempre que os conselheiros vêm aqui a gente tem recebido, explicado, orientado. (Entrevista 07)

O que nós temos que fazer mais é envolver e mostrar ao gestor municipal que o conselho não é só cobrança, mas é um parceiro mesmo,

e se ele está mostrando que isso aqui está errado, o nó do problema, é pra que nem ele nem o conselho seja prejudicado no futuro, isso daí é o que a gente tem que alcançar. Abrir a visão do gestor, mostrar realmente para que o conselho está ali, se ele está entregando não é porque ele é dedo-duro, mas está apontando aonde devemos corrigir, seja na gestão seja na fiscalização que é o controle social. (Entrevista 09).

Há que se notar, porém, que a dificuldade da relação com um governo popular²⁰ foi citada em duas entrevistas:

A gente luta, a gente briga. Mas também tem muita gente acomodada aí! Sabe o que é? Um governo popular, o povo está entrelaçado a ele e tem medo de falar, pra não perder, entendeu? (...) um governo popular quebra muito os conselhos. Eram tudo lideranças que hoje são cargos de confiança, então acabou aquela força que tinha. (Entrevista 09)

Esse é um momento delicado, acho que por causa dessa mudança toda no governo, acaba refletindo no conselho. Houve uma transição de governo, tinha um partido, mudou totalmente, entrou o partido dos trabalhadores, não sei se por isso, mas no conselho como um todo eles estão muito quietos, não é o que a gente espera de um conselho municipal de saúde. Eles questionam pouco, procuram conhecer pouco as coisas, acabam votando sem saber, ou se abstendo, a gente tem tido muitas abstenções no voto, uma coisa que antigamente não tinha, era raramente, só se a pessoa não tivesse visto a apresentação, ou se nunca tivesse ouvido falar daquilo, mas tem acontecido isso. (Entrevista 08)

²⁰ É a primeira vez que o município de Joinville elege um prefeito do Partido dos Trabalhadores (PT).

O CMS de Joinville conta com alguns conselheiros que detem profundo conhecimento da legislação referente à saúde. Estes conselheiros expressam-se com regularidade nas assembleias, e não raro manifestam-se ao conselho através de correspondências enviadas ao longo do mês, sugerindo discussões e ações para as plenárias seguintes. São indivíduos com experiência conselheira, tendo sido conselheiros em gestões passadas. Ainda que isso traga impedimentos ao projeto democrático dos conselhos gestores, que prevê circulação destes indivíduos para que as diversas facetas da sociedade tenham representatividade (conforme Gohn, *op. cit.*), é impossível não considerar a contribuição destes conselheiros “experientes” aos debates ocorridos neste conselho.

Outra característica deste CMS é que ele mostra-se bastante atento às questões ligadas à referência dos serviços de saúde ofertados em Joinville para outros municípios, conforme verificou-se nas reuniões e nas atas, e também em Santos (2005), que pesquisou os gastos em saúde neste município e afirmou que os conselheiros entrevistados na época apresentavam conhecimento satisfatório sobre o tema:

Devido a toda essa gama de procedimentos, a grande maioria de alto custo, que os municípios adjacentes referenciam para Joinville, torna-se muito importante que a pactuação seja realizada de forma a não prejudicar o usuário do SUS, mas também não onerar o município de Joinville. O serviço de controle e avaliação deve estar atento, monitorando a oferta e a realização dos procedimentos. (Santos, 2005, p. 27)

Para a autora, a capacitação oferecida para estes conselheiros em Joinville, na época, foi determinante para o bom entendimento sobre o financiamento do SUS (*op. cit.*, p. 40). De fato, a forma como se dá a capacitação dos conselheiros no CMS-JLLE é algo a se destacar. Existe uma comissão de capacitação, responsável pela definição dos temas e organização das atividades. Estas atividades têm ocorrido, nos últimos anos, sempre no segundo semestre do ano. Durante o período de pesquisa (2010), foram nove

encontros, quinzenais, de duas horas de duração cada, em período noturno. As inscrições para esses eventos foram feitas pelo site ou telefone, abertas tanto para conselheiros municipais quanto locais. Um informativo sobre a capacitação foi distribuído em assembleia do CMS, enviado por email aos conselheiros municipais e por malote para os CLS. A preocupação com as capacitações parece seguir as orientações do Pacto pela Saúde (Brasil, 2009), cujo indicador 40 - Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários definidos em 2009 – demonstra uma prioridade nacional de gestão. O CMS de Joinville é um dos cinco municípios prioritários do estado de Santa Catarina²¹.

A forma como vêm sendo estruturadas as capacitações não impediu, contudo, que alguns entrevistados se demonstrassem preocupados em relação a isso, visto que quando as entrevistas ocorreram ainda não havia sido iniciado o programa de capacitação daquela gestão do CMS:

Eu, particularmente, percebo que a falta de capacitação no conselho atual tem dificultado bastante as discussões. Como os conselheiros não têm o conhecimento de onde se busca dados, como se constrói um indicador, como se organiza um serviço de saúde, eles sempre ficam naquela posição de desconfiança da gestão, achando que a gente quer esconder dados, manipular informação, fica a gente tentando se defender de um lado, eles acusando por todas as partes, então é bem complicado. (Entrevista 07)

Eu me preocupo com a capacitação, eu me preocupo muito com o tipo de pessoas que eles mandam para o conselho, não que as pessoas não tenham capacidade, têm, não é isso, todo mundo tem!, mas elas não estão preparadas, então elas ficam ali e nada. (Entrevista 06)

Olha, tem que melhorar. Eu vejo que já foi bom, as capacitações já foram boas, foram

²¹ Os outros quatro municípios são Blumenau, Chapecó, Florianópolis e Itajaí.

focadas. Elas têm que ter começo, meio e fim. Vou tentar falar com a comissão organizadora, porque não é assim “esse tema, esse tema, esse tema”, não, tem que ter uma diretriz de como a gente pode fazer essa capacitação. (Entrevista 09)

As assembleias do CMS de Joinville ocorrem de maneira bastante organizada. Durante o período de observação houve mudanças no local de realização, mas estas mudanças foram avisadas com antecedência, e um mapa, linhas e horários de ônibus para se chegar ao local foram disponibilizados aos conselheiros (anexo V). As reuniões ordinárias ocorrem mensalmente, conforme cronograma, e quando necessário são marcadas reuniões extraordinárias – algumas, por causa da demanda, com três horas de duração, o que é visivelmente muito cansativo para os presentes. A pauta é enviada por email e por correio aos conselheiros com dez dias de antecedência, e também são entregues no dia aos participantes em folha A4. Nesta folha, é importante destacar que além dos assuntos a serem tratados na reunião vem sendo apresentada também uma síntese de informes, correspondências recebidas e assuntos encaminhados às comissões, como forma de deixar os conselheiros a par destas informações e otimizar os trabalhos na reunião, que teve muitas vezes seu tempo comprometido com o repasse de todos estes assuntos (Anexo VI).

As comissões apresentam seus pareceres à plenária através de apresentação de algum membro da comissão e visualização em *datashow* - que é também utilizado nas demais apresentações. Os trabalhos são coordenados, em geral, com mais rigor e formalidade que nos demais CMS acompanhados nesta pesquisa, e as votações são realizadas através do uso de cartões que cada conselheiro recebe na chegada, e que ergue conforme seu posicionamento na votação (concorda, não concorda, ou se abstem). Aqui é importante voltar-se para um alerta que alguns autores fazem para a burocratização dos conselhos. Gohn, por exemplo, coloca que “a dinâmica das reuniões não pode ser burocrática, centrada só em aspectos técnico-administrativos, pois os usuários, usualmente, têm práticas participativas flexíveis,

abertas, mais próximas de assembleias do que de reuniões formais burocráticas” (Gohn, *op. cit.*, p. 68). Atentar para esse ponto parece fundamental para que as atividades no CMS gerem, além de deliberações, troca de informações e construção coletiva de conhecimento.

Mesmo com o rigor na condução das reuniões – ou até provavelmente tendo este como um dos motivos - o CMS-JLLE apresenta uma resolutividade significativa: a quase totalidade dos assuntos que é apresentado ao conselho tem encaminhamento definido e é retomado posteriormente à assembleia para deliberação. O funcionamento regular das comissões parece ser determinante para isso. Há atualmente quatro comissões permanentes de trabalho no CMS-JLLE: comissão de assuntos internos; de assuntos externos; de capacitação e de orçamento e finanças. Além disso, ocorre a formação de comissões eventuais, conforme demanda de trabalho.

Eles pegam um determinado documento que foi apresentado na plenária ou foi exposto e não teve tempo hábil pra naquele momento discutir, pela complexidade ou pelo tamanho, e eles trazem pra comissão pra esmiuçar. Então muitas vezes eles se dividem, levam pra casa, estudam pra poder ter uma noção do que é aquilo, e ajudar a plenária a discutir sobre aquele assunto. (Entrevista 08)

É possível afirmar que de modo geral os trabalhos do conselho municipal de saúde de Joinville têm um bom reconhecimento. Seja por parte de indivíduos do próprio município ou até mesmo de outros locais, este conselho é bem avaliado.

Eu tenho contato com pessoas de outros municípios e o nosso conselho é admirável, a organização, a estrutura que ele tem, o número de conselheiros e o fato de não ter interferência nenhuma do gestor, e isso não é só de agora, é de muito tempo, não é o gestor que define quem está no conselho, as pessoas realmente são eleitas numa conferência

municipal de saúde, com participação.
(Entrevista 07)

É muito bom. Acho que ele está caminhando, está muito bem estruturado, e avançando (...). Tanto na questão da fiscalização, e das atividades também, da promoção e tal. Eu considero assim um dos conselhos mais atuantes, e tem que ser atuante né? Senão fica só um bonequinho lá, aprovado, aprovado, aprovado, e não vai cumprir o papel que é fundamental nos conselhos. (Entrevista 02)

O CMS-JLLE apresenta bons mecanismos de divulgação de suas ações: assim como o CMS-JGS, conta com uma página na Internet mantida no portal da SMS²², e a secretaria executiva utiliza o serviço de malote da prefeitura para enviar materiais informativos para as unidades de saúde e conselhos locais. Além disso, há uma presença significativa de visitantes nas assembleias do conselho – especialmente representantes de CLS que não são conselheiros municipais, estudantes, profissionais de saúde e representante de entidades diversas. Dependendo da pauta da assembleia, também é possível perceber a presença de jornalistas durante as apresentações e debates, e segundo a lei municipal de dispõe sobre o funcionamento do CMS (lei 5.290 de 02/09/05), “as resoluções do conselho municipal de saúde – CMS deverão ser registradas em ata e publicadas no Jornal do Município”.

Ainda assim, mesmo com este bom reconhecimento, em algumas entrevistas citou-se que a realidade do CMS-JLLE acaba se aproximando de um problema comum a grande maioria dos conselhos gestores de todo o país, conforme destacado na revisão da bibliografia: grande parte da população ainda desconhece ou não tem clareza do papel dos conselhos.

²² Além disso, em setembro de 2010 a secretaria executiva do CMS-JLLE iniciou a construção de um blog na Internet, exclusivo do conselho, com pautas e atas das reuniões e informações diversas. Este espaço possivelmente oferece maior autonomia ao CMS e à sua secretaria executiva, já que um blog não precisa de técnicos intermediários da SMS, e permite uma maior interação entre os seus leitores.

Muitos até sabem [da existência] mas não sabem exatamente qual é a função. A questão da função do conselho municipal as pessoas ainda desconhecem, ainda precisa ter um trabalho melhor, de repente até na mídia, seria interessante. Se bem que os conselhos têm pouca verba pra investir em mídia, aliás não tem verba nenhuma, mas se fizesse alguma campanha acho que ajudaria bastante. (Entrevista 02)

3.4 A articulação intersetorial nos conselhos municipais de saúde de Balneário Barra do Sul, Jaraguá do Sul e Joinville

A necessidade de o conselho atuar intersetorialmente foi considerada por todos os entrevistados, e é uma constante nas assembleias dos CMS – especialmente no de Joinville, onde a ideia de “intersetorialidade” apareceu constantemente nas falas durante as assembleias observadas, mas também nos outros dois conselhos.

Por se encontrarem em momentos e estruturações diferentes, em cada conselho foi possível perceber que havia interesses específicos na busca destas articulações. De maneira bastante resumida, poderia se afirmar que no CMS de Balneário Barra do Sul, por exemplo, o momento vivido era o de buscar aproximações com conselhos de saúde de municípios vizinhos que já tenham mais experiência, como o de Joinville, para obter informações sobre como se fortalecer.

O CMS de Jaraguá do Sul também demonstrou, principalmente através da secretaria executiva, interesse de aproximação com outros CMS da região, mas já detinha uma articulação bem maior também com o conselho estadual e nacional de saúde. O CMS de Joinville, por sua vez, através da figura da presidente, mantinha forte articulação com o conselho estadual e com a plenária de conselhos, mas mostrou, além disso, uma aproximação com a câmara de vereadores e com ministério público.

O que pode se perceber é que cada conselho, dentro de seu contexto, necessidades e possibilidades específicas, acaba

definindo estratégias intersetoriais, dando mais ênfase para um tipo de articulação ou outro conforme suas demandas. É fato que as ações intersetoriais são vistas, quase que unanimemente pelos indivíduos que compõem os conselhos municipais de saúde pesquisados, como algo importante a se buscar e se efetivar. Isso se mostra como um aspecto positivo, visto que como coloca Gohn (*in Santos Junior et. al.*, p. 81), “os conselhos ganhariam muito em qualidade se recebessem participantes com esse perfil de consciência sociopolítica e cultural da realidade como um todo e não apenas do 'pedaço' onde irão atuar”.

A fim de se apresentar as diferentes formas de articulação encontradas nestes três CMS, dividimos este subcapítulo em articulações locais, intrasetoriais e suprasetoriais, levando em consideração a formulação analítica desta pesquisa, exposta no capítulo dois. Ao fim deste capítulo apresenta-se um breve balanço destas relações realizado através da proposta analítica desta pesquisa.

3.4.1. Articulação Intersetorial Local (Com outros conselhos gestores do município, fóruns, câmara de vereadores e outros setores públicos)

Nas reuniões do CMS de Joinville há uma constância de discussões sobre “intersetorialidade” - o conceito surge em várias falas durante as assembleias, seja por parte dos conselheiros, mas principalmente nas apresentações da gestão, por parte dos funcionários municipais.

O regimento interno do conselho municipal de saúde de Joinville apresenta uma série de pontos que valorizam as articulações deste com outras instituições. Já no segundo capítulo, sobre atribuições e competências, o quarto artigo, inciso VI, propõe

estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento e gestão do SUS, articulando-se com os demais conselhos e colegiados municipais como os de Assistência Social, Seguridade, Meio Ambiente, Justiça, Educação, Trabalho, Agricultura, Idosos,

Criança e Adolescente e outros. (CMS-JLLE,
Regimento Interno)

O inciso XX do mesmo quarto artigo dispõe como atribuição “estimular articulação e intercâmbio entre o Conselho Municipal de Saúde de Joinville com os demais Conselhos Municipais e entidades governamentais, filantrópicas e privadas, visando à promoção da saúde”. Como parágrafo único do capítulo II (sobre atribuições e competências) tem-se que “para atender aos objetivos do Conselho Municipal de Saúde, serão levadas em consideração as prioridades estabelecidas nos Conselhos Locais de Saúde existentes ou a serem organizados”.

O artigo 18 do capítulo V deste mesmo regimento, que trata das comissões, aponta que

o conselho poderá propor a criação de Comissões Intersetoriais, a serem formadas por organismos governamentais e entidades representativas da sociedade civil, para fins de estudos e articulação de políticas e programas de interesse para a saúde coletiva, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. (CMS-JLLE, *op. cit.*)

O fato de uma questão estar prevista no regimento interno não significa, definitivamente, que ela vá ocorrer. Com efeito, as ações articuladas surgiram com frequência como sugestão ou deliberação nas assembleias observadas, mas é perceptível que ainda há ações que podem ser realizadas ou aprofundadas neste sentido.

Dos três municípios estudados, Joinville é o único que conta com os conselhos locais de saúde, que são encarados por muitos (tanto entrevistados quanto cidadãos com quem se tratou informalmente do assunto) como um espaço realmente próximo das demandas de saúde do município, principalmente por estarem nas próprias unidades básicas de saúde, nas comunidades. Os conselhos locais de saúde de Joinville foram criados em 1997, através da lei municipal 3.556 (17/09/97), e podem ocupar 50% das vagas do segmento usuário no conselho municipal de saúde – no caso,

vinte vagas (divididas entre titulares e suplentes). Segundo a lei 5.290,

os representantes dos Conselhos Locais de Saúde , para o Conselho Municipal de Saúde, deverão ser do segmento usuário e devidamente referendados pelos respectivos conselhos locais sobre sua participação efetiva no conselho (JOINVILLE, lei 5.290, art.5, inciso 2)

Conforme alguns entrevistados, a relação do conselho municipal com os CLS ocorre satisfatoriamente, indicando uma proximidade com as demandas locais. Porém, ainda segundo as entrevistas, alguns CLS têm dificuldade de compreender seu papel:

Nós temos vinte conselhos locais no conselho municipal, é uma representatividade bastante grande. E além das reuniões do conselho municipal nós temos as reuniões trimestrais de conselhos locais, aonde eles se juntam, todos os conselhos locais, e é feita uma assembleia, aí eles discutem entre eles as várias situações, definem prioridades. A [presidente do CMS] também é bem disponível, quando eles pedem que ela vá no conselho local ela vai, então é bacana porque é de usuário pra usuário!, é uma fala bem interessante, eles têm chamado bastante ela pra comparecer nos conselhos. (Entrevista 08)

Nós vamos ter uma reunião esse mês com todos os conselhos locais, com todos os presidentes de conselhos locais, o que eles pedirem, o que nós temos que mostrar pra eles, e eles trazem suas angústias, a falta de profissional que está aí e nós não temos como resolver. E a gente vai, traz o ministério público junto pra eles desabafarem. Quando eu entrei na gestão estava bem afastado, hoje nós estamos mais juntos, mas está como formiguinha, está lento, porque foi uma vez, é

a primeira vez, então a gente tem muito o que construir. (Entrevista 09)

O que falta é fortalecer os conselhos locais, porque o que a gente percebe de várias entidades, tanto dos representantes de profissionais de saúde e prestadores de serviço é uma qualificação um pouco maior, um conhecimento um pouco maior do que é a secretaria de saúde, do que é o SUS, quais são as responsabilidades de cada instância, dos representantes dos conselhos locais a gente percebe que eles vão para lá para brigar por questões específicas da sua comunidade ou dele mesmo do que para melhorar o coletivo. (Entrevista 07)

O que você quer, se eles não têm a mínima orientação, não tem noção de que na área de abrangência deles eles são senhores, e que podem resolver sim, lá. Eles não dependem do municipal pra encaminhar nenhuma proposta, o que eles têm condições de resolver eles têm de resolver lá, mas eles não estão orientados pra isso! (Entrevista 03)

Muitos conselheiros locais - mesmo os que não têm cadeira como conselheiro municipal - participam como visitantes nas assembleias do CMS²³. Há também uma quantidade significativa de correspondências/ofícios destes CLS para o conselho municipal, o que demonstra que os conselhos locais têm o municipal como referência.

No município de Jaraguá do Sul a discussão sobre a criação dos conselhos locais de saúde ocorreu frequentemente no CMS e em outros espaços, como na câmara de vereadores, mas até o fim da pesquisa de campo (aproximadamente agosto 2010), estes espaços não haviam sido concretizados, apesar do esforço de diversos conselheiros. A chamada para a discussão sobre os CLS era comum nas assembleias do CMS.

²³ Nas atas analisadas, consta a presença de pelo menos três conselheiros locais de saúde a cada reunião do CMS, sendo que este número chegou a dez e até onze conselheiros em algumas ocasiões.

Em certa ocasião, por exemplo, foi proposta a formação de um calendário de reuniões entre associação de moradores e CMS a fim de fortalecer as discussões sobre os conselhos locais (Ata CMS-JGS 13/04/09). No caso de Balneário Barra do Sul parece não haver proposta de criação dos conselhos locais, o que é compreensível ao se levar em consideração o número de habitantes do município.

No que diz respeito à relação dos CMS com outros conselhos do município, pelo o que foi observado na leitura das atas e nas entrevistas, o CMS de Joinville estabelece relações intersetoriais de primeiro nível (aproximação entre setores) com alguns conselhos do município - como conselho do idoso, conselho de segurança alimentar e nutricional e conselho dos direitos da mulher - principalmente ao que se refere a troca de informações sobre as atividades que vêm ocorrendo em cada um deles e convites para eventos. Não ficou visível que ocorram articulações mais efetivas, como uma tomada de decisão conjunta, por exemplo.

A gente tem relação com a procuradoria do município, com o gabinete do prefeito, com a câmara de vereadores, mas eu sei que tem outros conselhos, tem o conselho municipal do idoso, CMDCA, assistência social, meio ambiente,... e a gente não tem relação com eles, eu não sei se da mesa diretora alguém participa destes conselhos, mas também se participam não é repassado nada pra gente, mas dos outros conselhos também não tem ninguém que participa no nosso conselho, então essa articulação realmente falta, já está muito interiorizado. (Entrevista 07)

Não tem, e eu acho uma pena. Já o da assistência social tem disso, mas com a saúde é mais difícil, parece que o CMS fica isolado pra não se envolver muito, ele não vai atrás, não procura. (Entrevista 06)

Eu faço parte do conselho de segurança alimentar também. (...) E entro em contato com o de criança e adolescente, tenho que responder uns aí, até do conselho tutelar, o

conselho do idoso, então a gente se conversa, sim, se conversa. Poderíamos ter mais, troca de informações temos, mas poderíamos ter mais. (Entrevista 09)

Já em Balneário Barra do Sul a articulação intersetorial tem ocorrido recentemente entre secretarias municipais, mas é ainda inexistente nos conselhos. Há representantes da secretaria de saúde no conselho do idoso, dos deficientes e em outros, mas não há articulação entre os conselhos.

Não tem [articulação entre os conselhos]. Até por que agora é que nós estamos conseguindo ter uma relação entre secretarias, esse trabalho intersetorial se iniciou do ano passado pra cá. Antes, como eu te falei, eu estou aqui há cinco anos e não existia um trabalho intersetorial. A saúde não trabalhava com a assistência, a assistência não trabalhava com o planejamento, que só trabalhava com obras, não se comunicavam! Ninguém sabia quem era quem no outro lugar. Agora o prefeito enfatiza a reunião semanal com os secretários, então a gente tem que toda semana discutir o que cada um faz, e falar pra todo mundo “olha, eu estou fazendo isso, isso e isso!”, e a gente trabalha junto. (...) Mas nos conselhos ainda não tem, é muito recente. (Entrevista 01)

A situação parece ser semelhante no município de Jaraguá do Sul:

A parceria é entre secretarias governamentais, conselho eu ainda vejo pouco, da criança e adolescente tem, temos pessoas da secretaria e do conselho [de saúde] participando do CMDCA, eu vejo ainda que pode caminhar mais, agora com esse programa do PSE que a gente quer fazer saúde nas escolas eu acho que é um bom momento do conselho da educação com a secretaria da saúde falar mais. Fala pouco. Eu vejo que é um segmento que ainda se fala pouco, porque fica todo

mundo tão preocupado em fazer bem feito o seu que as vezes não sobra tempo pra dialogar. (...) Mas tem avançado, e vai avançar mais! A tendência é avançar mais porque tem portarias interministeriais aí, como o PSE que tem que se falar e tem que ter projetos assim em conjunto. (Entrevista 10)

De fato, há avanços neste município, como por exemplo o fato de o CMS ter vaga como delegado na conferência municipal de Assistência Social, organizada pelo Conselho Municipal de Assistência Social de Jaraguá do Sul (Ata CMS-JGS 28/08/07), e em duas atividades organizadas pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (processo de escolha dos Conselheiros Tutelares - Ata CMS-JGS 17/02/09, e participação em comissão para tratar de assuntos diversos ligados à infância e juventude – Ata CMS-JGS 3/06/09). Aparecem ainda, em outras atas, citações de contatos e deliberações pontuais articuladas com o conselho municipal dos direitos do idoso e conselho municipal dos direitos do consumidor.

Ainda assim, neste conselho (CMS-JGS) houve uma discussão interessante em uma das reuniões, que merece ser exposta, pois demonstra a intenção mas ao mesmo tempo a dificuldade de agir intersetorialmente:

O conselheiro [X] sugeriu que se viabilizasse a parceria entre a SMS e a Secretaria de Educação, para intensificar a inserção de conteúdos sobre DST/HIV/AIDS na rede municipal de ensino. A conselheira [Y] disse que já existe o Programa de Saúde e Prevenção na Escola, mas que não sai do papel porque nenhuma das secretarias assume como responsável pela sua aplicação. Por fim, decidiu-se que o CMS deve enviar ofício ao Conselho Municipal de Educação (COMED) e à Secretaria Municipal de Educação, solicitando a parceria no Programa e o conselheiro [X] pediu que o assunto tivesse conduta prioritária. (Ata CMS-JGS, 24/06/08)

Essa dificuldade de articulação devido ao pouco tempo hábil, em que cada setor está preocupado com as suas atividades, e a indefinição do que a própria articulação signifique é levantada nas entrevistas:

Já tem tanta demanda para o conselho de saúde que não dá tempo pra fazer, porque na verdade é uma atividade não-remunerada que você faz voluntariamente, normalmente a pessoa vai lá fora do seu horário de trabalho, então muitas vezes acaba não dando tempo de fazer essa articulação tão importante. (Entrevista 07)

O que nós temos mais contato, mas ainda é muito sucinto, não dá pra dizer que é uma articulação, é o COMDI, que é o conselho do idoso, então é o conselho do idoso, o conselho... da assistência social é muito raro assim, o que a gente tem é um contato, quando tem evento do conselho, as pautas a gente envia pra todos os conselhos, e o COMDI tem essa prática de fazer essa devolutiva, de retribuir, ele também nos convida, nos informa, mas é nesse sentido. Mas que se reúne, que participa de reunião um do outro não, isso não vem acontecendo. (Entrevista 08)

No caso de Jaraguá do Sul, a prefeitura municipal mantém uma “divisão de conselhos”, que serve para orientação e apoio às ações dos diversos conselhos existentes (como conselho da criança e adolescente, do idoso, da mulher, da assistência social,...). A divisão foi descrita pela secretária executiva do CMS como muito importante para a troca de informações entre conselhos, para a padronização de documentos e apoio na organização de eventos como conferências e fóruns. Esta parece ser uma iniciativa interessante na busca por uma intersetorialidade entre os conselhos gestores de um município, e certamente merece atenção em estudos posteriores.

O que é preciso alertar aqui é que os conselheiros entrevistados que não são representantes do governo não

sabiam da existência desta divisão, o que indica que a intersetorialidade promovida por tal divisão acaba não atingindo diretamente todos os indivíduos que atuam no conselho, mas provavelmente em maior grau apenas a secretária executiva e membros da mesa diretora e de comissões, o que certamente não tira o mérito da divisão de conselhos – já que em uma ata percebeu-se que a divisão foi citada na assembleia e promoveu ações com conselheiros que não eram necessariamente da mesa diretora -, mas aponta para a necessidade de uma maior visibilidade e aproximação deste serviço para todos os conselheiros.

É muito importante destacar que os três CMS pesquisados têm em sua composição indivíduos que são (ou foram) conselheiros também em outros conselhos gestores do município. Isso é visto como algo positivo pelos entrevistados, principalmente no que diz respeito à troca de informações. É de fato, para o foco desta pesquisa, um ponto importante, pois certamente aproxima as realidades e permite um diálogo maior entre os conselhos do município. Mas ao mesmo tempo traz à tona algo já levantado em outras pesquisas (como Gohn, *op.cit.*): os indivíduos presentes nos espaços de participação e controle social são “sempre os mesmos”. Estes espaços (principalmente conselhos e fóruns) pensados inicialmente como espaço de circulação acabam tendo como protagonistas sempre as mesmas pessoas, o que dificulta a consolidação de alguns dos princípios da democracia moderna, que são a multiplicidade e o pluralismo (Bobbio, 1999).

Quando se trata da relação dos conselhos pesquisados com as câmaras de vereadores de seus municípios, percebe-se situações diferentes. Segundo informações obtidas em duas entrevistas, há pouquíssima relação do CMS de BBS com a Câmara de Vereadores do município. Em algumas atas é possível perceber a preocupação de conselheiros para que haja uma articulação maior do conselho com o legislativo - que tem uma comissão de saúde cujos participantes os conselheiros não sabem informar quem são -, sugerindo que haja vereadores presentes nas reuniões do conselho, mas parece que essa articulação é ainda inexistente. Já o CMS de Joinville, conforme entrevista, tem estreitado, recentemente, sua relação com a câmara:

Eu acho que o respeito, por mais que digam “sempre respeitamos”, não, o respeito que a câmara de vereadores de Joinville está tendo com o conselho é muito grande, é uma conquista. Porque nada da saúde vai passar na câmara sem ser aprovado pelo conselho, isso foi um ganho. (Entrevista 09)

Esta relação inclui não só a participação de representantes da câmara de vereadores nas assembleias do CMS como o envio de ofícios, pareceres e manifestos ao legislativo. Em muitas das atas do CMS-JLLE analisadas constava a participação de representantes da câmara de vereadores, do prefeito²⁴ e com mais frequência a do secretário de saúde. Além disso, em uma das reuniões observadas, um deputado federal (e candidato nas eleições de 2010) pediu espaço na pauta para apresentar suas propostas para a saúde, que foram alvo tanto de elogios quanto de agudas críticas. A presença de um outro deputado, estadual, já havia sido citada em ata de reunião de 2009.

A relação do CMS de Jaraguá do Sul com a câmara de vereadores do município foi alvo de discussões em algumas reuniões (por exemplo, Ata CMS-JGS 29/04/08, onde se questionou a aprovação do orçamento da saúde na câmara antes deste passar pelo CMS) e em maio de 2008 houve uma fala do então presidente do CMS na reunião da câmara para explanar sobre os trabalhos do conselho²⁵, o que denota uma aproximação. Ainda assim, nas assembleias do CMS-JGS a presença de vereadores não é muito comum.

Nos três CMS pesquisados, foi possível identificar que a relação com a câmara de vereadores é marcada por inconstâncias. Mesmo no CMS-JLLE, que tem se aproximado do legislativo, percebe-se que é um movimento recente, cujo passado apresenta afastamentos. Gohn coloca que a

²⁴ A presença dos prefeitos das cidades pesquisadas ocorreu ao menos em uma assembleia de cada CMS pesquisado no período de 2008-2010.

²⁵ Segundo consta na ata da reunião seguinte do CMS (Ata CMS-JGS 2/05/08) o presidente “concluiu que, infelizmente, como legisladores, os vereadores têm difícil compreensão sobre o que venha a ser o próprio Conselho Municipal de Saúde”.

fragilidade na relação entre legislativo municipal e conselhos gestores ocorre em vários locais do país:

A grande maioria dos vereadores tende a ver com desconfiança as novas estruturas de participação institucionalizadas porque elas representam ameaças ao poder que eles detêm sobre os grupos da sociedade civil (a quem eles representam). Reside aqui um elemento de nossa cultura política clientelística, na qual cargos na política pública não são concebidos como trabalho em função do interesse e do bem comum, mas trabalho em função de interesses de clientelas determinadas, defesa de interesses particulares que envolvem a contínua troca de favores e barganhas. Contudo, deve-se registrar que a organização e a pressão da sociedade civil têm contribuído para alterar esse cenário. (Gohn *in* Santos Junior *et. al.*, p. 64)

Já a articulação dos CMS com os movimentos sociais e fóruns da sociedade civil de cada município surgiu nas entrevistas e observações com menor intensidade do que o previsto inicialmente, sugerindo que outras articulações poderiam estar sendo priorizadas por estes conselhos durante o período pesquisado. De qualquer forma, pareceu ser, nos três conselhos, uma possibilidade de atuação articulada válida e importante.

3.4.2. Articulação Intrasetorial (Com outros conselhos municipais de saúde da região; com conselho estadual e nacional de saúde)

Uma das articulações que se mostrou crucial para o CMS de Barra do Sul foi com um conselheiro de saúde do município vizinho de São Francisco do Sul, que na época fez uma espécie de assessoria para o CMS que vinha passando por dificuldades na relação com o gestor. Foi sob a sua influência que os conselheiros de BBS acionaram o Ministério Público.

Baseados no apoio dele que nós recusamos, pra que nós não tivéssemos problemas, ter que responder por algo que tivéssemos assinado, ele disse “parem porque vocês têm que se organizar, se regularizar. Para tudo porque isso pode trazer problemas para vocês!”. E depois, com a ajuda dele, é que nós nos reestruturamos. Aí criamos toda a documentação, o regimento interno, foi tudo pra câmara, foi modificado. (Entrevista 11)

Além deste apoio vindo do CMS de São Francisco do Sul, fica evidente também que o conselho municipal de Joinville é uma referência positiva para o de Barra do Sul. O fato de as últimas duas secretárias de saúde de Balneário Barra do Sul terem participado do CMS de Joinville em anos anteriores parece contribuir na condução dos trabalhos, pois elas frequentemente apresentavam ao conselho o olhar de quem já vivenciou experiências em um outro contexto.

Utilizar outros conselhos como referência parece ser uma opção quando se tem algumas dúvidas sobre como atuar. O CMS de Jaraguá do Sul também tem o CMS de Joinville como referência:

Eu inclusive juntei vários regimentos de Joinville, Curitiba, pra gente se basear mais ou menos em onde têm esse conselhos locais, então ai a gente até elaborou um proposta de projeto de regimento de conselhos locais. (Entrevista 05)

Acho importante que a comissão de legislação e normas vá até Joinville, isso eu coloquei nos meus tópicos lá, vá até Joinville pra verificar como é o procedimento, (...) acho importante que os nossos [conselheiros] daqui vão pra lá, pra buscar conhecimento. (Entrevista 04)

Do mesmo modo, o CMS de Joinville demonstra ter clareza desta sua posição de “referência”:

Eu já fui chamada, antes de ir pra mesa diretora, enquanto conselheira, em Campo

Alegre, em São Bento, a gente tem esse *feedback*, em São Francisco, agora o pessoal de Barra do Sul quer que eu vá lá, a secretária de saúde! Me ligaram de Papanduvás pedindo pra ir lá pra falar do conselho, só que é meio difícil de ir lá, mas eu me coloquei à disposição. (Entrevista 09)

Eu acho que é importante essa articulação com outros municípios, afinal Joinville é uma referência, em muitos serviços, e eles acabam aparecendo aqui. (Entrevista 08)

Há um fator que, apesar de não promover necessariamente a articulação entre os CMS de municípios da mesma região, aproxima as discussões que ocorrem em cada um destes CMS: a referência nos serviços de saúde. A relação dos municípios no que diz respeito à referência na utilização dos serviços de saúde é permeada por acordos e conflitos, e isso se evidencia no interior dos conselhos, onde geralmente se reproduz um discurso do gestor, em defesa do município. Em Joinville, defende-se que o município não pode arcar com todos os gastos de referência sozinho, e que o conselho deve pressionar a contrapartida de outros municípios; em Balneário Barra do Sul, critica-se a falta de vagas na referência, que é o município de Joinville. Nesta pesquisa não se percebeu quase nenhuma fala, durante as reuniões dos CMS ou nas entrevistas, que defendesse uma oferta ampla de serviços do SUS, rompendo as barreiras territoriais dos municípios.

Em uma entrevista referente ao CMS-JGS, quando se tratava da dificuldade de articulação entre os conselhos municipais de saúde da região, a entrevistada propôs uma explicação:

Os conselhos não se falam muito porque eles estão muito focados na solução das suas próprias demandas. E é uma vez por mês a reunião, então tu achas que uma pessoa que é da iniciativa privada, nunca participou do governo, nunca discutiu o que é uma política pública, nunca olhou uma lei do SUS – porque muitas vezes eles vêm assim! - eles chegam já tem uma demanda que eles ficam

doidos, e a saúde o que mais tem é lei, então ficam doidos, não dá nem pra se apropriar do aqui e agora, quanto mais... então é por isso que não tem tempo mesmo de trocar figurinhas com outros conselhos. (Entrevista 10)

Quando se trata da relação dos CMS com o conselho estadual de saúde, percebe-se que este é, assim como o conselho nacional, especialmente um suporte a que se recorre em caso de dúvidas. De qualquer modo, a aproximação com o CES parece ser maior do que a com o CNS. O município de Balneário Barra do Sul enfrentou dificuldades de enviar representantes à conferências estaduais e capacitações para conselheiros realizadas pelo conselho estadual em outros locais por questões de verba.

Quando chegou na véspera do dia de nós viajarmos [pra conferência estadual] foi ligado pra minha casa e dito “vocês não vão poder ir porque não tem verba”. Aí o que aconteceu? Barra do Sul não teve representatividade lá! (Entrevista 12)

Sobre esta articulação CES e CMS destaca-se que ter um ou mais conselheiros participando no CES é certamente um fato que aumenta de forma considerável a relação entre essas instâncias. Isso fica evidente tanto no CMS de Jaraguá do Sul quanto no de Joinville – a articulação ocorre principalmente no nível de troca de informações. No entanto, parece ser uma aproximação pontual e individual: enquanto é conselheiro no município e no estado o indivíduo faz essa aproximação, mas depois isso não ocorre mais – ou pelo menos não na mesma intensidade.

Eu era o único representante daqui da região no conselho estadual de saúde, então eu ia uma vez por mês de ônibus pra Florianópolis, perdia um dia pra ir à Florianópolis e voltar, mas vejo que aquilo me faz uma falta, aquilo era muito bom porque você estava dentro das discussões lá e você trazia aquelas discussões

pra cá, porque a reunião era lá e na semana seguinte era aqui, então dava aquela coisa, e daqui você levava pra lá, e aquilo foi uma produção assim, eu via a importância de a gente ter essa ligação e hoje a gente não tem mais isso. (Entrevista 05)

Percebe-se, portanto, que a necessidade de articulação intersetorial é seguida pela necessidade de planejamento e continuidade dessa articulação, expressa na aproximação qualitativa e de longo prazo dos participantes dos vários conselhos.

Sobre a relação do CMS-JLLE com o conselho estadual e nacional de saúde, as entrevistas apontaram o seguinte:

A gente os utiliza [CNS e CES] como referência. Se a gente precisa tomar uma decisão que de repente é mais difícil, mais complexa, e que gera um pouco mais de dúvida a gente recorre ao conselho estadual ou ao nacional, nesse ano tem tido um contato maior porque a nossa presidente é conselheira estadual e também coordenadora de plenária, representa Santa Catarina na coordenação. Então tudo que acontece nessas duas instâncias a gente está muito bem informado, porque ela traz essas informações sempre. (Entrevista 08)

Eu sei que a [presidente do conselho] é membro do conselho estadual de saúde, algumas vezes ela traz algumas informações, algumas pautas que foram discutidas lá pra discutir também no conselho municipal, e leva questões do conselho municipal pra lá, mas essa articulação é viabilizada mais por ela, e pela secretária executiva, eu sei que ela também tem uma relação direta com o conselho estadual, está sempre pedido assessoria, mas com os outros conselhos de um modo geral eu acho que não. (Entrevista 07)

A relação do nosso conselho com o conselho estadual é boa, sempre que pedimos eles nos auxiliam e vice-versa. Para o estado é bom, né? Precisa ter articulação entre os municípios. Mas com o conselho nacional é mais como informe mesmo, sobre mudanças de lei, essas coisas. (Entrevista 06)

No conselho municipal de Balneário Barra do Sul, os entrevistados, representantes tanto de gestores quanto dos demais segmentos afirmam ter pouquíssimo contato com o Conselho Nacional de Saúde. No conselho de Jaraguá do Sul, a pessoa responsável pela secretaria executiva demonstra preocupação em manter-se atualizada e repassar informações em relação aos conselhos estaduais e nacionais de saúde:

Secretária executiva não é só fazer ficha, atender telefone e atender conselheiro, tem que entender de legislação, estudar, tem que estar ligada no conselho estadual, no conselho nacional, nas resoluções que são baixadas, isso tudo sou eu que tenho que ver, não é o conselheiro que tem que me avisar. (...) Tudo que eu recebo, do ministério, do conselho do estado, ou qualquer resolução eu encaminho para os conselheiros também, porque minha função é essa, a função deles é outra. (...) Pelo menos duas vezes por semana eu entro no site, tanto do estado quanto do nacional, pra verificar se tem alguma coisa que precisa repassar, para eu poder esclarecer alguma dúvida... (Entrevista 04)

Nas assembleias do CMS-JGS é comum ocorrerem informes breves para os presentes sobre novas resoluções do ministério da saúde ou sobre algum assunto repassado pelo CES ou CNS. Mesmo assim, quando perguntados sobre isso, os conselheiros de Jaraguá do Sul apontaram pouca articulação do CMS com suas instâncias estaduais e nacionais:

O que a gente vê, que acontece mensalmente, é que vêm os informativos do conselho

nacional, aquelas revistas e coisas, a secretária vai lá na frente, diz “chegou a revista tal, quem quiser eu empresto”, mas quem que vai lá pra dizer?... Deveria ter uma pra cada conselheiro, deveria ser distribuído isso. (Entrevista 05)

Eu vejo ainda que é pouco articulado, principalmente com o estadual. Acho que o conselho estadual fala pouco com os municípios, e os municípios falam pouco com o conselho estadual. (...) Porque as coisas acontecem mesmo é aqui no município, então o conselho estadual lá, tem uma pessoa que representa uma entidade lá no estado, mas ela não conhece a nossa realidade, ela não conhece, afinal tem que ter uma noção da política do estado todo mas ela não chega a nos subsidiar aqui. (Entrevista 10)

Na leitura das atas, porém, é possível perceber que houve encaminhamentos de pareceres e ofícios do conselho municipal de Jaraguá do Sul para o conselho nacional, que via de regra respondia através de ofício (CMS-JGS 04/03/08). Além disso, quando do envio de email do CNS ao CMS solicitando mobilização a favor da regulamentação da Emenda Constitucional 29²⁶, este deliberou por efetuar uma série de atividades de divulgação e apoio (Ata CMS-JGS 25/03/08), o que demonstra uma articulação de mão dupla com o CNS.

É preciso destacar também que a participação em conferências estaduais e nacionais é evidente motivo de orgulho por parte dos conselheiros, e parece que os estimula a continuar atuando em seus municípios. Os entrevistados que já participaram destas conferências falaram da experiência de maneira bastante positiva, destacando os novos conhecimentos apreendidos e os “contatos” que fizeram com pessoas de outros lugares. Observou-se também que nas

²⁶ A Emenda Constitucional número 29 (EC-29) foi aprovada em 2000 e define os gastos em saúde, mas não teve regulamentação. Um grupo liderado pelo CNS, CONASEMS e a frente parlamentar de saúde buscaram apoio popular para pressionar esta regulamentação.

reuniões dos CMS os conselheiros representantes nestas conferências têm um tempo para exposição da experiência aos demais, compartilhando, ainda que brevemente, as informações obtidas e as deliberações que ocorreram nestas situações.

3.4.3. Articulação Intersectorial com Ministério Público, Promotoria e Corregedoria.

A importância que esta articulação vem tendo nas discussões sobre as políticas de saúde pode ser conferida no relatório da XIII Conferência Nacional de Saúde, onde ficou deliberado que deve-se

assegurar que as resoluções dos conselhos de saúde sejam homologadas pelo respectivo gestor no prazo máximo de quinze dias a contar da data do seu encaminhamento, e quando do não-cumprimento desse prazo, que os conselhos encaminhem representação formal ao Ministério Público, para as providências cabíveis. Os conselhos devem se articular com os ministérios públicos para a implementação de ações relativas à garantia do cumprimento de suas deliberações e o apoio aos usuários quanto aos seus direitos. (MS/CNS, 2008, p. 159)

As representações no Ministério Público e demais órgãos de acompanhamento e fiscalização da administração pública estão previstas também em caso de não-paridade da representação nos conselhos, omissão do gestor no fornecimento de estrutura mínima de funcionamento do conselho e outras situações.

Os três conselhos pesquisados tiveram aproximações com ministério público, promotoria e/ou corregedoria municipal. Estas instâncias foram acionadas – ou, em sentido inverso, estas acionaram o CMS, como se verá a frente - em situações similares, principalmente quando se tratava de questões internas ao conselho (principalmente problemas na composição e gestão) ou de denúncias de irregularidades do executivo.

O CMS de Barra do Sul acionou o Ministério Público quando o então gestor modificou toda a composição do conselho, decidindo sozinho quem participaria. Para os conselheiros presentes na época, o fato de terem participado de capacitações foi determinante para saber como agir naquela situação.

Nós nunca tivemos o poder de escolher um conselheiro como presidente, porque vinha de cima para baixo! O gestor selecionou os conselheiros que ele queria colocar, colocou bombeiros, colocou dono de imobiliária, enfim, todos aqueles que interessavam a ele, foi quando nós entramos com processo no ministério público. (Entrevista 11)

O Ministério Público também surge como aliado em ações do CMS-JGS. Em uma ata lê-se a seguinte fala da então presidente do conselho:

o CMS pedia cumprimento de prazos [da secretaria municipal de saúde] em função de que muitas das informações tiveram que ser conseguidas via Ministério Público, quando não havia mais tempo de encaminhar às comissões e que os documentos oficiais precisam cumprir os prazos de entrega (Ata CMS-JGS 31/03/09).

Em uma entrevista citou-se que a comissão de fiscalização e controle do CMS de Jaraguá do Sul, baseada em um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) expedido pelo Ministério Público e em denúncias de irregularidades nas unidades de saúde do município, foi *in loco* averiguar e destas fiscalizações resultou um relatório que foi divulgado em outras instâncias:

A gente fez um relatório de 270 páginas, e aí enviamos com todos os relatos, enviamos um relatório para o conselho estadual de saúde, relatório para o ministério da saúde, outro pra promotoria daqui de Jaraguá. (Entrevista 05)

Neste episódio, o parecer da comissão foi motivo de debate intenso no interior do conselho. Houve reuniões que contaram com a presença do promotor de justiça responsável, que defendeu o relatório da comissão do CMS e uma resposta hábil por parte do executivo (Ata CMS-JGS 16/09/08). A secretaria municipal de saúde respondeu a cada item do relatório, cuja discussão manteve-se durante várias reuniões do CMS no ano de 2008. Ficou claro que uma mudança de postura do executivo, principalmente na sua relação com os médicos concursados que eram protagonistas da denúncia, foi pressionada enormemente pela ação conjunta da promotoria com o conselho municipal de saúde.

Em outra entrevista no CMS-JGS também citou-se que promotoria e juiz são informados sobre as atividades do conselho:

Mandamos convite para a promotoria e para o juiz, dando conhecimento da nova posse, da nova gestão, e convidando, dando o cronograma das nossas ações, eles já foram convidados, promotoria pública já foi, já discuti, já teve anos que, há dois, três anos atrás que estive intensamente. Tivemos alguns problemas com a outra gestão também, e o conselho pediu orientação pra promotoria e tal (...) É um parceiro, com certeza! E tem que ser acionado sim! E que seja por ambas as partes, governo ou usuário, prestador. Ou até pra elucidar juntos, buscar uma solução de alguma coisa. Então há a necessidade sim. (Entrevista 10)

O conselho municipal de Joinville parece ter uma relação de mão dupla com o Ministério Público, pois tanto aciona-o quanto é por ele acionado. Em maio de 2010, o ministério público federal requisitou que o CMS-JLLE realizasse um mapeamento da demanda e da oferta de serviços prestados pelo SUS na cidade e do atendimento de beneficiários de planos privados de saúde. Quando do pedido,

os procuradores do MP deram prazo de noventa dias para a execução do levantamento²⁷.

Este CMS se utiliza do MP e da corregedoria com freqüência não muito elevada, porém estes órgãos são citados regularmente durante as discussões em plenárias. Nas entrevistas obteve-se o seguinte:

O ideal é as coisas funcionarem e não chegarem a esse extremo, mas a orientação que a gente tem da mesa diretora, principalmente nessa gestão, ela sempre orienta, principalmente os conselhos locais: primeiro vamos conversar no conselho, vamos levar pra secretaria, e se a secretaria não atender daí vai para o ministério público. Mas é uma gestão bem participativa, eles têm tentado atender tudo que chega na porta da secretaria, em todos os sentidos. O que tem sido complicado no momento, é que tem alguns conselheiros que ainda não entenderam o verdadeiro papel do conselho, e aí acham que o conselho é pra atacar o gestor, e não é dessa forma, tem que ter todo um trabalho. Mas do que eu tenho conhecimento a própria mesa diretora esteve no ministério público, teve uma reunião lá, discutiram uma série de questões mas foi para tirar dúvida de quando é que deve ser procurado o ministério público, quando que não, e eles também queriam saber como era o funcionamento do conselho. (Entrevista 08)

Infelizmente existem algumas pessoas - porque na cabeça delas dá status ser conselheiro, ou quem sabe esperando que venham a ter uma aposentadoria vitalícia - que insistem em se manter conselheiras e usam de subterfúgios, ou seja, se termina o seu mandato de quatro anos elas mudam de entidade pra se manter dentro do conselho, infelizmente isto está acontecendo em

²⁷ Esta informação foi verificada no site da procuradoria geral da república, através do link: <http://noticias.pgr.mpf.gov.br/noticias> (acesso em 21/09/2010)

Joinville, inclusive nós fizemos denúncia para o ministério público (...). Pode não ser ilegal pela leitura da lei que fazem alguns, porém é imoral e isso a gente tem que combater. (Entrevista 03)

Com a leitura das atas é possível perceber que a procuradoria do município é um espaço bastante utilizado pelo CMS de Joinville (e com menor intensidade pelo de Jaraguá do Sul também), especialmente quando se trata de denúncia sobre irregularidades na gestão – ainda que o CMS demonstre sempre procurar o gestor antes de acionar a procuradoria.

O ministério público, defensoria e corregedoria são tidos como parceiros pelos entrevistados. Nas observações de reuniões e nas leituras de atas de anos anteriores também percebeu-se que estas instâncias são citadas com frequência nos debates e discussões. Mas geralmente acabam associados a ideia de “último recurso”, ou usados como ameaça em momentos de maior tensão nas discussões.

Houve uma época em que nós chegamos num nível de amadurecimento que a gente sabia exatamente da onde falar e pra quem falar, a lei diz que a participação, o controle social se dá através dos conselhos e em último caso pelo ministério público, e que antes de nós conselhos existe uma coisa, e que não é cobrado, que é a participação do legislativo, a câmara de vereadores, muitas das tarefas que terminam caindo nos braços do conselho na verdade poderiam ser evitadas se nós tivéssemos um legislativo atuante e não apenas politiqueiro. (...) Naquela época nós chegamos a conclusão de que o ministério público tem que ser parceiro, mas digamos que tenha que ser aquela visita parcimoniosa na sua casa, eu me dou bem com você, te convido para vir à minha casa mas você não passa da sala. É essa a relação que o conselho tem que manter. Então hoje isso está prejudicado, por outro lado isso não é só culpa do conselho, a promotoria que está ali

também não sabe nada de SUS, eles só sabem trabalhar a partir da constituição, se chega alguma demanda pra eles, eles só sabem ler o caput da lei orgânica da saúde, direito de todos e dever do Estado, pronto, só que saúde não é só isso! (Entrevista 03)

3.4.4 Aplicação da proposta analítica sobre as relações intersetoriais nos conselhos municipais de saúde de Balneário Barra do Sul, Jaraguá do Sul e Joinville

Retomando as informações e as análises que já constam ao longo deste capítulo, é possível rever a proposta analítica de níveis de intersectorialidade (exposta no capítulo 2) e compor um breve perfil da relação intersectorial nos três CMS acompanhados nesta pesquisa. Através de quadros – que não se pretendem definitivos ou determinados, visto que conforme citou-se anteriormente estas relações são fluidas e suscetíveis a mudanças por diversos fatores – apresenta-se um panorama da situação destes conselhos durante o período analisado (2008-2010). Mais uma vez, é importante ressaltar que a síntese de informações em um quadro pode pecar pelo simplismo, por isso a importância de ler estas informações dentro do contexto de informações expostas ao longo de toda a dissertação. Para tanto, há também algumas colocações analíticas após cada quadro.

3.4.4.1 Níveis de Intersectorialidade no CMS de Balneário Barra do Sul

Dimensões / Indicadores	Local	Intrasetorial	Fiscalização
Secretaria Executiva ²⁸	1 - Aproximação entre setores	1 – Aproximação (fraca) c/ CES e CNS; 2 – Ação articulada com	2 – Ação articulada conforme necessidade

²⁸ No caso do CMS-BBS, por não haver uma secretaria executiva formal, analisou-se a ação intersectorial que se dá através dos conselheiros que atuam como secretaria executiva.

		CMS vizinhos	
Conselheiros Gerais	1 – Aproximação entre setores	1 – Aproximação (fraca) c/ CES e CNS; 2 – Ação articulada com CMS vizinhos	2 – Ação articulada com MP
Mesa Diretora	1 – Aproximação entre setores	1 – Aproximação (fraca) c/ CES e CNS; 2 – Ação articulada com CMS vizinhos	2 – Ação articulada conforme necessidade
Conselheiros membros das comissões	Não se aplica (não há comissões)	Não se aplica (não há comissões)	Não se aplica (não há comissões)

Quadro 4: Níveis de Intersetorialidade no CMS de Balneário Barra do Sul

No CMS- BBS percebe-se que há ações intersetoriais pontuais, quando necessárias, nas três dimensões (local, intrasetorial e suprasetorial). A proposta de indicadores internos do CMS acaba tendo de ser repensada neste CMS, visto que não há secretaria executiva formal nem comissões de trabalho. Além disso, os indicadores “conselheiros gerais” e “mesa diretora” não se mostram elementos de análise muito separáveis. Na dimensão local a pouca articulação intersetorial do CMS assim como seu reconhecimento ainda incipiente por parte da população devem ser compreendidos dentro de um contexto de baixa associação e organização da sociedade civil no município. Na dimensão intrasetorial destaca-se a pouca articulação com o CES e com o CNS, o que parece ser superado através do apoio de CMS de municípios vizinhos, que vêm desempenhando papel de assessoria ao CMS-BBS. Já na dimensão de articulação suprasetorial, o ministério público tem sido acionado em situações específicas, e neste aspecto se destaca a importância das capacitações, visto que através delas é que alguns

conselheiros demonstraram ter obtido conhecimento desta possibilidade de articulação.

De modo geral, poderia-se dizer que a articulação intersetorial do CMS-BBS ainda está bastante fragilizada, assim como demais aspectos que o caracterizam, embora seja visível que os atores nele presentes reconhecem a importância da articulação e demonstrem estar buscando-a.

3.4.4.2 Níveis de Intersectorialidade no CMS de Jaraguá do Sul

Dimensões / Indicadores	Local	Intrasetorial	Fiscalização
Secretaria Executiva	2 – Ação articulada também pela Divisão de Conselhos	2 – Acionam CES, CNS e demais CMS conforme demanda	1 – Aproximação entre setores
Conselheiros Gerais	2 - Ação articulada: discussão sobre CLS; 2 – Conselheiros atuantes em outros conselhos	2 – Utilizam outros CMS como referência 2 – Ação com CES e CNS através de informe ou sob demanda	2 – Ação articulada com MP e promotoria conforme necessidade
Mesa Diretora	2 – Ação articulada conforme necessidade	1 – Aproximação (fraca) c/ CES e CNS; 2 – Ação articulada com CMS vizinhos	2 – Ação articulada com MP e promotoria conforme necessidade
Conselheiros membros	2 – Ação articulada	2 – Acionam CES e CNS	2 – Ação articulada com

das comissões	conforme necessidade	para dúvidas pontuais	MP e promotoria conforme necessidade
----------------------	----------------------	-----------------------	--------------------------------------

Quadro 5: Níveis de Intersetorialidade no CMS de Jaraguá do Sul

Sobre o CMS de Jaraguá do Sul é possível afirmar que existe articulações intersetoriais importantes, observadas principalmente através do indicador “secretaria executiva”. Também é possível verificar que vários conselheiros têm ou já tiveram atuação em outros conselhos gestores do município, o que é considerado pelos entrevistados como aspecto facilitador da articulação no nível local. A articulação dentro do setor saúde transparece através principalmente da forma como o CMS-JGS busca aprimorar-se através do acompanhamento de experiências exitosas em outros CMS. Na dimensão de fiscalização, destaca-se o posicionamento comum também aos outros dois conselhos estudados, de relacionar-se com Ministério Público conforme demanda, e além deste, o CMS-JGS mostrou proximidade fortalecida com a promotoria do município.

Em relação aos conselheiros membros das comissões de trabalho, percebe-se que a fim de sanar dúvidas que surgem nos trabalhos das comissões, alguns deles buscam informações através de articulações diversas, inclusive de forma mais acentuada que os conselheiros que não participam de nenhuma comissão.

3.4.4.3 Níveis de Intersetorialidade no CMS de Joinville

Dimensões / Indicadores	Local	Intrasetorial	Fiscalização
Secretaria Executiva	2 – com demais conselhos e com movimentos sociais e fóruns	2 – articulação regular com CES, CNS e outros CMS; 3 – Articulação permanente com os CLS	2 – Ação articulada conforme demanda

		do município	
Conselheiros Gerais	2 – bom reconhecimento da população; 1 – com demais conselhos	1 – com CES e CNS principalmente através de informes 2 – representação e articulação com os CLS	2 – Ação articulada conforme demanda – alguns conselheiros demonstram grande conhecimento sobre esta articulação
Mesa Diretora	2 – aproximação aprofundada com câmara de vereadores; 2 -maior contato com demais conselhos que o restante do CMS	3 – Representação no CES e na plenária de conselhos	2 – Ação articulada e aproximação aprofundada com Ministério Público;
Conselheiros membros das comissões	2 – Contato com outros conselhos e espaços associativos conforme demanda de trabalho	2 – Contatam CES e CNS para sanar dúvidas pontuais	2 – Articulação conforme demanda

Quadro 6: Níveis de Intersetorialidade no CMS de Joinville

O CMS de Joinville apresenta boa articulação intersetorial, tendo destaque, na dimensão local, a relação com a câmara de vereadores, e a articulação com outros conselhos gestores do município conforme demanda. Dentro do setor saúde, destaca-se a relação bastante orgânica entre o conselho municipal e os conselhos locais, liderada pela

secretaria executiva, que organiza os trabalhos de todos os conselhos, mas mantida também pela representação significativa dos CLS como conselheiros – e de vários conselheiros locais presentes como visitantes nas plenárias do CMS. Este aspecto certamente contribui para o estreitamento da relação entre o CMS e os usuários do sistema. Ainda na dimensão intrasetorial, destaca-se que a mesa diretora conta com representação no CES e na plenária nacional de conselhos, o que colabora para a comunicação do CMS com os níveis estadual e nacional de controle social em saúde. Na dimensão de fiscalização, o Ministério Público parece estar acompanhando com frequência as ações tanto da secretaria municipal de saúde quanto do conselho, figurando como ator importante na rede de articulação do CMS.

É interessante assinalar que no CMS de Joinville, assim como no de Jaraguá do Sul, os membros de comissões de trabalho parecem envolver-se em ações intersetoriais em um grau mais elevado que os demais conselheiros, que não participam das comissões. Esse envolvimento dá-se fundamentalmente devido às questões a serem resolvidas nas comissões, que frequentemente incitam a busca por informações e/ou promoção de ações conjuntas com outros setores.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratar as questões observadas em campo de uma forma crítica e talvez até “dura” em alguns momentos não pode e não deve ser encarado como desmerecimento do trabalho que vem sendo realizado por estas pessoas que dedicam seu tempo e seu entusiasmo nos conselhos. Longe disso, o que se pretende é evidenciar não as questões individuais em si, mas a forma como as relações que vêm sendo estabelecidas nestes espaços ainda são frágeis e carecem de uma série de amparos para que os conselhos alcancem seus objetivos.

Além disso, é necessário esclarecer aqui que as comparações realizadas entre os conselhos acompanhados não significam, de forma alguma, que estes foram avaliados de forma dicotômica – o “bom” ou o “ruim”, o “pior” ou o “melhor” - ou na tentativa de estabelecer qualquer veredito sobre a atuação destes indivíduos nestes espaços. Pelo contrário, o que já se imaginava no momento da construção do projeto – e se referendou durante a pesquisa de campo e a produção da dissertação – é que o acompanhamento de realidades tão distintas quanto a desses três conselhos permitiu uma visão mais abrangente da realidade dos CMS como um todo, e ao mesmo tempo atentando para o impacto das condições locais para o desenvolvimento dos trabalhos em um conselho municipal.

Os Conselhos Municipais de Saúde, assim como os demais conselhos gestores, em todo o território nacional, parecem ser marcados por avanços e retrocessos. Não há como falar em constância em um espaço que concentra tantas opiniões, expectativas e interesses diferentes. As mudanças internas - de gestão do conselho, de membros da mesa diretora ou de comissão e a entrada ou saída de algum conselheiro específico, ou funcionário da secretaria executiva – por si só já podem ser fatores que determinem o andamento dos trabalhos em um conselho. Mais do que isso, esta pesquisa reforçou também a hipótese inicial de que as articulações dos conselhos com outros espaços são questões-chave para a resolutividade, legitimidade e reconhecimento dos conselhos municipais de saúde.

A articulação intersetorial traz qualidade aos debates e trabalhos, e fortalece os indivíduos representantes dos diversos segmentos em um CMS. Há que se destacar que a intersetorialidade ocorre majoritariamente via secretaria executiva, mesa diretora e/ou - em menor grau - pelos membros de comissões (no caso dos CMS de Jaraguá do Sul e Joinville), o que acaba fazendo com que conselheiros que não sejam membros da mesa ou de comissão acabem distanciados, na maioria das vezes, das ações intersetoriais que envolvem o CMS. Entretanto essa dificuldade de inserir todos os conselheiros nas ações intersetoriais é bastante compreensível frente à demanda de trabalho de um CMS – ao conselheiro que participa de uma reunião mensal de duas horas a

participação ou mesmo ciência de todas as ações do CMS torna-se realmente algo muito difícil de ser executado.

Neste contexto destacam-se as ações que propõem informar a toda a plenária, ainda que de forma breve e superficial, as atividades que o CMS desenvolve ao longo do mês – como por exemplo a forma encontrada pelo CMS-JLLE, que anexa no documento impresso com a pauta da reunião mensal tópicos sobre as ações e correspondências mensais, o que torna a informação acessível não só para os conselheiros quanto para os visitantes presentes.

Ainda sobre os indivíduos que atuam em um conselho, vale destacar que a secretaria executiva mostrou-se fundamental para o bom funcionamento dos CMS – e neste caso, a comparação entre os conselhos pesquisados é inevitável: por mais que conselheiros e funcionários da SMS de Balneário Barra do Sul se esforcem e se dividam nos afazeres do CMS, a falta de uma pessoa designada especialmente para as questões executivas do conselho é sentida com frequência. Já nos CMS de Joinville e Jaraguá do Sul, que contam com secretaria executiva, a resolutividade demonstra ser maior, e certamente as relações intersetoriais encontram mais facilidade para ocorrer.

Já em relação às comissões de trabalho, foi perceptível durante a pesquisa de campo que os membros de comissões, via de regra, envolvem-se de maneira mais aprofundada com as questões gerais do conselho – e também demonstram mais iniciativa em procurar articulações intersetoriais conforme julguem necessário ao trabalho de sua comissão. De fato, a existência de comissões e a participação dos conselheiros nestes grupos demonstra ser um fator muito importante para o conselho:

Porque a comissão é uma oportunidade muito grande pra aprender mais, porque é ali que você se dedica, você vem, tem um documento pra analisar, uma prestação de contas, então pra analisar aquele material, tudo. Ali o que você não entende você tem que correr atrás, pra saber o que é, o que é aquela sigla que você não sabe, e isso é uma corrente, uma coisa puxa a outra! Não sabia nem o que era SUS, de repente já está falando em exames de

média e alta complexidade, já está falando de contratos e convênios, dos blocos de financiamento, então se eles têm o interesse, como alguns têm, se destacam, vão atrás principalmente da legislação, que é a base de tudo isso, eles crescem muito, e se expressam essa opinião na plenária dá uma mexida. (Entrevista 08)

Talvez sobre este ponto caiba aqui uma breve reflexão: ainda que as comissões sejam espaços fundamentais para a qualificação dos trabalhos, é importante que o CMS tenha sempre em vista a socialização das discussões destas comissões para todos os conselheiros, para que estes espaços não acabem sendo segregadores de conhecimento.

De qualquer forma, o que se conclui é que há a necessidade da existência de atores-chave, pessoas que façam a articulação e promovam a intersetorialidade. Ao longo da pesquisa, ficou clara a importância de pessoas que auxiliem a condução dos trabalhos, tendo um conhecimento geral sobre as discussões, deliberações e dificuldades encontradas pelo conselho, pessoas que, pelo processo de continuidade e experiência neste espaço, sejam capazes de lembrar de antigas decisões, retornar a questões sem consenso, etc. O fato é que a intersetorialidade é uma ideia um tanto abstrata: mais importante que enfatizar sua importância é saber como empoderar pessoas para torná-la possível.

Uma reflexão sobre estas características dos conselhos gestores nos remete às teorias sociológicas que aproximam as noções de agência e estrutura, propondo uma superação da dicotomia entre o que é “individual” e o que é “coletivo”. Pierre Bourdieu e Norbert Elias são bons exemplos de pensadores que defendem essa superação, mas talvez seja na obra de Anthony Giddens (especialmente em Giddens, 2003), que o indivíduo recebe lugar de destaque nos fenômenos sociais, pois tem consciência e é reflexivo diante da realidade. O aprofundamento sobre as noções de agência e estrutura no interior dos conselhos parece ser um dos pontos que merece atenção em estudos posteriores.

A intersetorialidade implica articulação/integração e isso só é possível se houver pessoas capazes de realizar as

ações e encaminhamentos necessários. Ao longo da pesquisa surgiram vários exemplos apontando que a participação de pessoas-chave (com um perfil de conhecimento teórico e prático sobre o SUS e sobre o CMS especificamente) é capaz de oferecer uma outra dinâmica ao conselho.

Para além do foco na intersectorialidade, a pesquisa de campo trouxe outras questões relevantes sobre a realidade dos conselhos municipais de saúde, dentre as quais pode-se destacar, por exemplo, a constante preocupação diante de questões internas aos CMS. Todos os três conselhos tiveram, durante o tempo em que foram acompanhados, muitas discussões sobre sua composição, sobre a paridade de representação e principalmente sobre as questões legais e burocráticas envolvidas neste ponto. Ficou evidente em várias ocasiões que estes assuntos internos – a paridade, a legalidade das representações, a composição de comissões internas, de mesas diretoras,... - tomavam um tempo significativo das assembleias e acabavam inviabilizando discussões e deliberações sobre outros assuntos. É claro que a definição destes aspectos é imprescindível para o bom funcionamento de um conselho gestor, mas deve-se atentar também para o fato de que questões importantes que envolvam a política de saúde do município podem acabar sendo tratadas superficialmente por limitações de tempo das reuniões.

Também foi perceptível que os CMS têm encontrado bastante dificuldade em manter a porcentagem de representantes de profissionais da saúde exigidos por lei – o que parece é que há poucas associações de profissionais, ou pelo menos não em quantidade suficiente para preencher as vagas.

A participação de estudantes de cursos técnicos e superiores no conselho de Joinville foi observada tanto na leitura das atas (que citavam a presença de alunos de instituições como Univille, Ielusc, Senac e outros) quanto em uma entrevista em que a conselheira relatou que seu primeiro contato com o CMS foi ainda na faculdade, quando uma das disciplinas tinha como atividade participar de reuniões do CMS. Já outra entrevistada afirmou:

Se o pessoal de faculdade soubesse o quanto é bom a gente estar nestes espaços, o quanto se

aprende, nós não teríamos carência de participantes, nas reuniões, nas conferências, nos fóruns... O conhecimento que se obtém ali é maior do que o de muita faculdade. Sem contar que é um ato de cidadania! (Entrevista 03)

Sobre o funcionamento das reuniões, percebeu-se que há diferença no nível de burocratização de cada um dos conselhos: as reuniões do CMS de Balneário Barra do Sul são bastante informais, lembrando, em parte, as reuniões de pais e professores nas escolas. As reuniões do CMS de Jaraguá do Sul já apresentam mais formalidade, ainda que não sejam muito rígidas, especialmente com ordem e tempo de fala – não há, nesse sentido, uma coordenação muito forte por parte da mesa. Já o CMS de Joinville é bastante formal, com cartões para votação, e bastante rígido com ordem e tempo de fala, e permissão de réplica e tréplica. Esse é um dos pontos que evidencia as diferentes realidades que permeiam o espaço “conselho”, conforme o município onde está localizado.

A percepção destas e outras características dos conselhos foi permitida por um trabalho de campo bastante intenso, proporcionado principalmente por esta pesquisadora vir a residir em uma das cidades pesquisadas. A proximidade física com o campo permitiu a participação em atividades nas quais não seria tão fácil estar presente em outras circunstâncias. Quanto às técnicas utilizadas para a coleta de dados, certamente destacaram-se as entrevistas. Os indivíduos que se dispuseram a conceder entrevista foram bastante francos em suas respostas, trazendo elementos que provavelmente não seriam captados através de outras técnicas. Ainda assim, a observação nas reuniões e a leitura das atas e outros documentos também foram fundamentais para construir um panorama de cada um dos conselhos acompanhados.

Reafirma-se a importância fundamental do trabalho de campo. No caso específico dos CMS, estar nas reuniões, conversar com os conselheiros durante o indispensável cafezinho, participar de algumas atividades paralelas junto a estas pessoas permite um olhar sociológico acima de tudo sensato, de não formular a crítica pela crítica, mas de levar em

consideração, acima de tudo, os aspectos rotineiros, as dificuldades e os avanços destes indivíduos organizados em um espaço que, se ainda não encontrou seu ponto ótimo, certamente conta com a participação de pessoas que buscam este objetivo em comum.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade – para uma teoria geral da política**. São Paulo: Paz e Terra, 7ª edição, 1999.

_____, MATTEUCCI, Nicola e PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Brasília: Edunb, 1993.

BÓGUS, Cláudia M. **Participação popular em saúde: formação política e desenvolvimento**. SP: Annablume/FAPESP, 1998

BRASIL. Ministério da saúde. **Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da saúde, 1986.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho de Saúde. **Guia de referência para a sua criação e organização**. Brasília. 1992.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS e o controle social**: guia de referência para conselheiros municipais. Brasília: Ministério de Saúde 2001.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes nacionais para a capacitação de conselheiros de saúde**, 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final da 13ª Conferência Municipal de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento. Avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010-2011 conforme Portaria nº 2669 GM/MS de 03 de novembro de 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BURLANDY, Luciene. “A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo”. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva. RJ: Abrasco, vol. 14, 2009**.

CARDOSO, Ruth C. L. (Org.). **A aventura antropológica – teoria e pesquisa**. RJ: Paz e Terra, 1988.

COMERLATTO, Dunia, COLLISELLI, Liane, KLEBA, Mª E., MATIELLO, Alexandre & RENK, Elisônia C. “Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções

essenciais para os conselhos municipais”. In: **Revista Katálysis**, vol. 10, n.2. Fpolis: Ed. UFSC, 2007.

COELHO, Vera S. P. “Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando?” In: COELHO, V.S.P e NOBRE, Marcos. **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: editora 34, 2004.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. RJ: Ed. Fiocruz, 2005.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. “Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde”. In: **Cadernos de Saúde Pública [online]**, vol.25, número 7, 2009.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo e MARTINS, Poliana Cardoso. “Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social”. In: **Ciência e saúde coletiva [online]**. 2010, vol.15, n.5, pp. 2437-2445.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. RJ: Zahar, 1994.

_____. **Introdução à sociologia**. Lisboa: edições 70, 1998.

_____. **Escritos e ensaios 1: Estado, processo, opinião pública**. RJ: Jorge Zahar, 2006.

FLEURY, Sonia; CARVALHO, Antonio I.; MANOTAS, Norha; BLOCH, Renata; NEVARES, Simone. “Municipalização da saúde e poder local no Brasil” **Artigo apresentado no 21º ENANPAD**, 1997.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. SP: Loyola, 11ª Ed., 2004.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa – um estudo da Reforma Sanitária brasileira**. RJ: Fiocruz, 2ª Ed., 2004.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. 2ª ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2003.

GILL, Rosalind. “Análise do discurso”. In: BAUER, M. W. & GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2004.

GRISOTTI, Márcia e PATRICIO, Zuleica Maria; **A Saúde coletiva entre discursos e práticas - A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006.

HEINICH, Claudine. **A sociologia de Norbert Elias**. Bauru: EDUSC, 2001.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. SP: Hucitec, 2ª Ed., 2006.

JUNQUEIRA, L.A.P. Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. In: **Revista FEA-PUC-SP**, São Paulo, v. 1, p. 57-72, nov. 1999.

_____. “A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor”. In: **Revista Saúde e sociedade**. vol.13, no.1, São Paulo, Jan./Apr. 2004.

_____ & INOJOSA, Rose M. “O setor de saúde e o desafio da intersetorialidade” In: **Cadernos Fundap**, p. 156 a 164, s/d.

KUJAWA, Henrique ^a “Os conselhos de saúde e a construção de uma prática política democrática”. In: KLEBA, M^a E. e HASS, Monica (orgs.) **Dossiê gestões públicas democráticas e experimentos participativos**. Chapecó: Argos, 2005.

LABRA, M^a Eliana. “Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios”. In: LIMA, Nísia T. (org.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LANDINI, Tatiana S. “A sociologia de Norbert Elias”. In: **BIB – Revista brasileira de informação bibliográfica em ciências sociais**. SP: ANPOCS, n^o 61, 2006.

LÜCHMANN, Lígia H. H. & BORBA, Julian. “Estruturas de oportunidades políticas e participação: uma análise a partir das instituições emergentes”. Trabalho apresentado no **XXXI Encontro Anual da ANPOCS**, Caxambu/MG, 2007.

MARCHI JÚNIOR, W. “A teoria do jogo de Norbert Elias e as interdependências sociais: um exercício de aproximação e envolvimento”. In: **Conexões** (UNICAMP), Campinas/SP, v. 1, n. 1, p. 101-113, 2003.

MENICUCCI, Telma M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**. RJ: Fiocruz, 2005.

MONNERAT, Giselle L. e SOUZA, Rosimary G. “Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos”. In: **Revista SER Social**, Brasília, vol. 12, n. 26, p. 200-220, jan/jun 2009.

MOREIRA, Marcelo Rasga. **Conselhos Municipais de Saúde: consolidação depende de superação dos desafios** (entrevista concedida ao site da ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, em 06/07/2007). Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/?matid=5078> (acesso em: 19/06/2009).

_____, & ESCOREL, Sarah. “Conselhos Municipais de Saúde: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS”. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva (especial Dossiê 20 anos SUS)**. RJ: Abrasco, 2009.

MORITA Ione; GUIMARÃES, Julliano F. C. & MUZIO, Bruno P. “A Participação de Conselheiros Municipais de

Saúde: solução que se transformou em problema?”. In: **Revista Saúde e Sociedade**. Vol. 15, n. 1, 2006.

NEIBURG, Federico; PONTES, Heloisa; SOUZA, Jessé; WAIZBORT, Leopoldo (org.); MICELI, Sergio. **Dossiê Norbert Elias**. São Paulo: EDUSP, 2001.

OLIVEIRA, Lucia Conde de, e PINHEIRO, Roseni. “A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política”. In: **Ciência e Saúde Coletiva [online]**. Vol, 15, n. 5, 2010.

OLIVEIRA, Valdir C. “Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde”. In: **Revista Saúde e Sociedade** v.13, n.2, 2004.

OMS. **Carta de Ottawa**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> (acesso em 25/05/2010).

PESSANHA, Lavínia; CAMPAGNAC, Vanessa & MATOS, Denise Ferreira de. “Panorama dos conselhos municipais de políticas setoriais”. In: **Anais da XIII Enanpur**. Florianópolis: Enanpur/UFSC, 2009 (disponível em cd-rom e no site: www.xiiienanpur.ufsc.br).

QUARESMA, Silvia L. **Desvendando conceitos: intersectorialidade e redes sociais** (mimeo). Florianópolis, 2009.

QUIVY, Raymond & CAMPENHOUDT, LucVan. **Manual de investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva, 2ª Ed., 1998.

SANTOS, Helena Alves dos. **Financiamento e gastos na saúde no município de Joinville – SC de 1999 a 2003 – um estudo de caso** (dissertação de mestrado – programa de pós-graduação em saúde pública – UFSC). Florianópolis: 2005.

SANTOS JUNIOR, Orlando A.; RIBEIRO, Luiz C. Q. e AZEVEDO, Sergio de. (orgs.) **Governança democrática e poder local – a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. RJ: Revan/Fase, 2004.

TEIXEIRA, Sonia Fleury & OLIVEIRA, Jaime A. A. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1986.

WENDHAUSEN, Águeda. “Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde”. In: KLEBA, M^a E. e HASS, Monica (orgs.) **Dossiê gestões públicas democráticas e experimentos participativos**. Chapecó: Argos, 2005.

WIMMER, Gert. F. e FIGUEIREDO, Gustavo, O. “Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade”. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. RJ: Abrasco, vol. 1, 2006.

ANEXOS

I – Roteiro das entrevistas

II – Perfil mínimo dos entrevistados

III – Ata de uma reunião do CMS-BBS

IV – Ata de uma reunião do CMS-JGS

V – Ata de uma reunião do CMS-JLLE com destaque para indicação do local da reunião

VI – Ata de uma reunião do CMS-JLLE com destaque para a apresentação de informes

I - Questões para as entrevistas

Com conselheiros usuários e presidente do CMS:

- Idade
- Sexo
- Escolaridade
- Profissão
- Representação
- Você tem ou já teve experiências de participação em outros espaços (movimentos sociais, sindicatos, clubes, conselhos, fóruns,...)?

- Relate como se deu sua aproximação com o conselho, há quanto tempo é conselheiro, quais são seus objetivos/expectativas com esta atividade?
- Já participou de alguma atividade de capacitação de conselheiros? Qual a sua avaliação?
- Você traz alguma proposta da comunidade/instituição a qual representa?
- Você leva para a sua comunidade/instituição os assuntos e decisões tratadas dentro do CMS? De que forma isso ocorre?
- Você fiscaliza as políticas de saúde (ou relacionadas à saúde) de seu município? Como?
- Como você avalia o CMS hoje? Quais são os maiores avanços e a maiores dificuldades encontradas?
- Qual é a relação do conselho com a secretaria municipal de saúde? Você considera suficiente o acesso que os conselheiros têm às informações da SMS? O CMS influencia a gestão? Há impacto nas políticas?
- Como você avalia a relação do conselho com:
 - os demais conselhos do município;
 - os CMS de outros municípios da região;
 - CES e CNS;
 - ministério público, defensoria, corregedorias?
- E a relação do CMS com a população usuária do SUS? Como você avalia?

Com secretária executiva do CMS

- Idade
- Escolaridade / Formação
- Qual é a forma de sua contratação? Há quanto tempo está no CMS?
- Como você avalia o CMS hoje? Quais são os maiores avanços e a maiores dificuldades encontradas?
- Em relação à infra-estrutura, com o que o CMS conta atualmente?
- No que diz respeito ao acesso à informação, qual a relação do CMS com os usuários do SUS? Existe alguma forma de divulgação das ações do CMS, qual?
- Como são definidas as pautas das reuniões?
- Como você avalia a relação do conselho com:

- secretaria municipal de saúde;
- demais conselhos do município;
- CMS de outros municípios da região;
- CES e CNS;
- ministério público, defensoria, corregedorias?

Com representante da secretaria municipal de saúde:

- Idade
 - Sexo
 - Escolaridade/Formação
 - Quais são hoje os maiores méritos e as maiores dificuldades da política municipal de saúde de sua cidade?
 - Como você avalia o conselho municipal de saúde de sua cidade?
 - Como você vê o envolvimento dos conselheiros representantes dos usuários, dos profissionais e dos prestadores privados de serviços?
 - Como é a relação do conselho com a secretaria atualmente, em relação à autonomia e dependência?
 - De que forma se dá o acesso às informações da gestão municipal de saúde ao CMS?
 - Como as deliberações e os encaminhamentos do CMS são recebidos pela secretaria?
 - No que diz respeito ao acesso à informação, qual a relação do CMS com os usuários do SUS? Existe alguma forma de divulgação das ações do CMS, qual?
 - Qual é a relação que existe hoje entre o CMS e os demais conselhos do município?
- E com os demais municípios da região? E com o CES e o CNS?
- Como você avalia o apoio das instâncias estaduais e federais no que diz respeito à consolidação do CMS neste município?

II - Perfil dos/das entrevistados/as

Por questões éticas não serão apresentados os dados completos dos indivíduos entrevistados. Entretanto, a fim de que o leitor obtenha um perfil mínimo dos entrevistados, seguem algumas informações:

Entrevista	Características
01	Balneário Barra do Sul, conselheira municipal de saúde representante do segmento governo. Possui pós-graduação e participou de capacitação para conselheiros.
	Joinville, conselheiro local de saúde, visitante

02	eventual do conselho municipal de saúde. Possui ensino superior incompleto.
03	Joinville, ex-conselheira municipal de saúde, membro de movimento popular de saúde. Possui pós-graduação. Já participou como organizadora e como ouvinte de capacitações para conselheiros.
04	Jaraguá do Sul, secretária executiva do conselho municipal de saúde. Possui ensino superior completo e participa dos processos de capacitação de conselheiros.
05	Jaraguá do Sul, conselheiro municipal de saúde representante do segmento usuário. Possui ensino superior completo e já participou de capacitação para conselheiros.
06	Joinville, conselheira municipal de saúde representante do segmento usuário. Possui superior incompleto e participou de capacitação para conselheiros.
07	Joinville, conselheira municipal de saúde representante do segmento governo. Possui pós-graduação e participou de capacitação para conselheiros.
08	Joinville, secretária executiva do conselho municipal de saúde. Possui pós-graduação e participa dos processos de capacitação de conselheiros.
09	Joinville, conselheira municipal de saúde representante do segmento usuário. Possui ensino superior incompleto e participou de capacitação para conselheiros.
10	Jaraguá do Sul, conselheira municipal de saúde representante do segmento governo. Possui pós-graduação e participou de capacitação para conselheiros.
11	Balneário Barra do Sul, conselheiro municipal de saúde representante do segmento prestador de serviço. Possui o ensino médio e já participou de capacitação para conselheiro.
	Balneário Barra do Sul, conselheira municipal de

12	saúde representante do segmento usuário. Possui o ensino médio e já participou de capacitação para conselheiro.
13	Jaraguá do Sul, conselheiro municipal de saúde representante do segmento prestador de serviço. Possui o ensino fundamental e ainda não participou de capacitação para conselheiro.

III – Ata de uma reunião do CMS-BBS

Conselho Municipal Saúde Bañeário Barra do Su/



Pauta Reunião Ordinária

05/04/2010

***19:15 hrs – Leitura e aprovação da Ata anterior.**

***19:30 – Cumprimentos Presidente**

***19:45 – Apresentação SIS-PACTO**

***20:20 – Apresentação do PAVS**

***20:50 – Aprovação**

***21:00 – Leitura regimento Conferência Saúde Mental**

***21:15 – Considerações finais e elaboração próxima pauta.**

IV – Ata de uma reunião do CMS-JGS



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JARAGUÁ DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE JARAGUÁ DO SUL – SC
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
LEI MUNICIPAL 1.676/93**

PAUTA REUNIÃO ORDINÁRIA Nº 03/2010

DATA: 30/03/2010

HORÁRIO: 19hs

LOCAL: Sala de Reuniões da Policlínica de Especialidades Dr. João Biron – Centro Vida

1 – EXPEDIENTE

- a) Discussão da ata da reunião anterior.
- b) Avisos, comunicações e correspondências.
- c) Conferência de Saúde Mental – Lucrecia Lunelli

2 – ORDEM DO DIA:

- a) Apresentação do **PROESF** - Secretária Municipal da Saúde (10 min.)
- b) Apresentação do **SISPACTO** – Secretária Municipal da Saúde (10 min.)
- c) Apresentação do setor de **BOLSA FAMÍLIA** da Secretária Municipal da Saúde. (10 min.)

3 – PALAVRA LIVRE

V – Ata de uma reunião do CMS-JLLE com destaque para indicação do local da reunião



Secretaria da Saúde

Conselho Municipal
de Saúde

EDITAL DE CONVOCAÇÃO CXXIII (123ª) ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Data : 12.07.2010
Início : 18:30 horas
Término : 21:30 horas

NOVO LOCAL: Auditório da Secretaria Municipal de Saúde – Rua
Araranguá, 397 – América - Joinville - SC



Horário Ônibus
Linha: Terminal Centro
Saída: Terminal Centro

(...) 17:16 17:38 17:55
18:17 18:34 18:56
19:13 19:33 19:50

PAUTA

1-EXPEDIENTES:

- 1.1 Apresentação e aprovação da Pauta da Reunião;
- 1.2 Entrega da Ata do dia 25.01.10 e 19.04.10;
- 1.3 Aprovação da Ata da Assembleia do dia 31.05.10;

2-ORDEM DO DIA:

- 2.1 Apresentação do Parecer da Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador-CIST, referente o Plano de Ações e Metas 2010 do CEREST – Josafá Távora – 5’;
- 2.2 Apresentação da Avaliação Final do Seminário: Orçamento e Financiamento no SUS, realizado em 12.06.10 – Comissão de Capacitação – 5’;
- 2.3 Apresentação da Prestação de Contas, referente o Quarto Trimestre de de 2009 e Primeiro Trimestre de 2010 do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Equipe do Cerest - 30’;
- 2.4 Apresentação referente a Implantação do Protocolo de Manchester – Equipe da Secretaria Municipal de Saúde - 30’;
- 2.5 Apresentação das Atividades do Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial-NAIPE – Equipe do NAIPE - 30’;
- 2.6 Apresentação do Relatório da Vacinação H1N1 - Equipe da SMS - 30’;

3-ASSUNTOS DIVERSOS

4- INFORMES GERAIS

Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde de Joinville
Rua Itajaí, 51 – 3º andar – Centro Contato: (47) 3431-4596 / 3431-4563 – e_mail: secms@saudejoinville.sc.gov.br

VI – Ata de uma reunião do CMS-JLLE com destaque para a apresentação de informes



55

INFORMES GERAIS

- 1) Lançamento da Cartilha " Voto não tem preço. Saúde é seu Direito." enviada via e_mail aos conselheiros na data de hoje;
- 60 2) Ofício nº. 402/2010/ HMSJ, solicitando espaço na pauta da reunião do CMS para apresentação da Prestação de Contas do 4º trimestre de 2009 e 1º trimestre de 2010;
- 3) Convite do Conselho Local de Saúde Vila Nova Rural em parceria com a Equipe Saúde da Família para participar de evento em comemoração ao " Dia do Colono" no próximo dia 15/07/2010, às 13 horas na Unidade de Saúde do Vila Nova Rural;
- 65 4) Ofício nº 372/2010, da SMS, solicitando à SECMS o envio mensal de alguns dados para a consolidação do indicador " índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho de Saúde" ; (enviado Memorando Interno nº81/2010, em 06/07/2010)
- 5) Correspondência do Grupo de Voluntárias do HRHDS, solicitando "inscrição" no CMS-JIe;
- 6) Ofício n. 303/10 da SMS, solicitando a indicação de um conselheiro para ingresso no SARGSUS-Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão do SUS, o indicado será cadastrado junto a SES e receberá uma senha de acesso ao sistema onde poderá acompanhar a elaboração do Relatório Anual de Gestão;
- 70 7) Correspondência da Maternidade Darcy Vargas, indicando como suas representantes as senhoras Jucélia Aparecida da Silveira Alano e Madalena Rodrigues da Silva, em substituição à Mariene Borderes Buzzi e Helena João de Souza Francelino, titular e suplente, respectivamente;
- 75 8) Correspondência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-CEREST indicando como sua representante, na Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador-CiST, a Senhora Vania Souza em Substituição à Senhora Mareli Pfitzenreunter;
- 9) Correspondência do Comitê de Ética em Pesquisa do HMSJ, em resposta aos ofícios nº 107/09 e 044/10 do CMS, informando os projetos aprovados no referido comitê;
- 80 10) Ofício nº 370/10 da SMS em atenção ao Parecer nº 19/2010/CAI, referente ao Relatório Anual de Gestão 2009;

Justificativa de Falta

85

- 1) Conselho Local de Saúde Parque Joinville na Assembleia do dia 26.10.10, problemas de saúde;
- 2) Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de Santa Catarina na Assembleia do dia 17.05.10, compromissos profissionais;
- 90 3) Maternidade Darcy Vargas na Assembleia do dia 31.05.10, compromissos profissionais;
- 4) Associação Brasileira de Odontologia na Assembleia do dia 28.06.10, problemas de saúde; Encaminhamentos à Comissão de Assuntos Internos- CAI

95

Encaminhamentos à Comissão de Assuntos Internos-CAI

- 1) Ofício nº 394/10 da SMS encaminhando para análise e Parecer, solicitação de renovação do Convênio nº 016/2005 que expirou em 15/06/10, manifestado pela Associação Catarinense de Apoio Multiprofissional ao Portador de Necessidades Especiais – ACAMPE;
- 100 2) Ofício nº 371/2010 da SMS, encaminhando para análise e apreciação deste conselho, minuta do Segundo Termo a ser celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde-SMS e Rede Feminina de Combate ao Câncer;
- 3) Ofício nº 369/10 da SMS, solicitando deliberação do CMS quanto ao pedido de Credenciamento do Hospital Municipal São José, para Cuidados Prolongados em enfermidades cardiovasculares, pneumológicas, neurológicas, oncológicas, causas externas, osteomuscular e do tecido conjuntivo;
- 105