

**Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Departamento de Ciências Administrativas
Programa de Pós Graduação em Administração - PROPAD**

Luiz Geraldo Santos Wolmer

**Disponibilidade e aproveitamento de informações
para controle social no Conselho do Distrito
Sanitário III do Recife**

Recife, 2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DE ACESSO A TESES E DISSERTAÇÕES

Considerando a natureza das informações e compromissos assumidos com suas fontes, o acesso a monografias do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco é definido em três graus:

- "Grau 1": livre (sem prejuízo das referências ordinárias em citações diretas e indiretas);

"Grau 2": com vedação a cópias, no todo ou em parte, sendo, em consequência, restrita a consulta em ambientes de biblioteca com saída controlada;

"Grau 3": apenas com autorização expressa do autor, por escrito, devendo, por isso, o texto, se confiado a bibliotecas que assegurem a restrição, ser mantido em local sob chave ou custódia;

A classificação desta dissertação/tese se encontra, abaixo, definida por seu autor.

Solicita-se aos depositários e usuários sua fiel observância, a fim de que se preservem as condições éticas e operacionais da pesquisa científica na área da administração.

Título da Monografia: Disponibilidade e aproveitamento de informações para controle social no Conselho do Distrito Sanitário III do Recife

Nome do Autor: Luiz Geraldo Santos Wolmer

Data da aprovação: 15 de dezembro de 2005.

Classificação, conforme especificação acima:

Grau 1

Grau 2

Grau 3

Recife, 06 de janeiro de 2006.



Assinatura do autor

Luiz Geraldo Santos Wolmer

**Disponibilidade e aproveitamento de informações
para controle social no Conselho do Distrito
Sanitário III do Recife**

Orientador: Prof. Dr. James A. Falk

Dissertação apresentada como requisito complementar para obtenção do grau de Mestre em Administração, área de concentração em Gestão Organizacional, do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco

Recife, 2005

Wolmer, Luiz Geraldo Santos

Disponibilidade e aproveitamento de informações para controle social no Conselho do Distrito Sanitário III do Recife / Luiz Geraldo Santos Wolmer . – Recife : O Autor, 2005.

203 folhas. : il., fig., quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Administração, 2005.

Inclui bibliografia e apêndices.

1.Administração pública – Controle social – SUS, Recife (PE). 2. Área de saúde – Gestão pública – Sistemas de informação – Conselhos Distritais – Distrito Sanitário. 3. Distrito Sanitário III – Capacitação, atuação e percepções dos conselheiros – Disponibilidade de informação . I. Título.

**352.075.1
352.14**

**CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)**

**UFPE
BC2006-01**

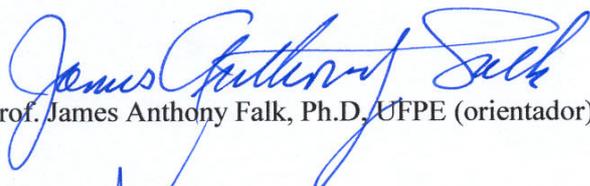
Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Departamento de Ciências Administrativas
Programa de Pós-Graduação em Administração - PROPAD

**Disponibilidade e aproveitamento de
informações para controle social no Conselho do
Distrito Sanitário III do Recife**

Luiz Geraldo Santos Wolmer

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Administração da
Universidade Federal de Pernambuco e aprovada em 15 de dezembro de 2005.

Banca examinadora:


Prof. James Anthony Falk, Ph.D., UFPE (orientador)


Prof. Ronaldo Bordin, Doutor, UFRGS (examinador externo)


Profa. Rezilda Rodrigues Oliveira, Doutora, UFPE (examinadora interna)

A Niedja, Arthur e Mariana.

Agradecimentos

Primeiramente ao Professor James Falk pela orientação valiosa, paciência, interesse e permanente incentivo. À Professora Ana Vieira pelas importantes sugestões.

Ao Tribunal de Contas da União (TCU) pela redução de horário de trabalho durante o cumprimento dos créditos e na fase exploratória, e pela concessão da licença-capacitação que viabilizou a realização da coleta e análise de dados deste trabalho. Aos colegas do TCU, Evaldo e Ildê, pela compreensão e ajuda na conciliação das atividades do Mestrado com o trabalho cotidiano.

Ao Conselho Municipal de Saúde do Recife, mandato 2003-2005, em especial às conselheiras Petra, Lucelena e Lidiane, e à equipe da secretaria-executiva, Virgínia, Luciana e Liliane, bem como à Dra. Bernardete, gerente do Distrito Sanitário II do Recife, pelos valiosos subsídios, em especial na fase exploratória da pesquisa.

Aos gestores e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde do Recife com os quais tive contato, pela disponibilidade e atenção, cujas informações e comentários foram essenciais para a consecução dessa tarefa: Socorro Veloso, Domício, Luciana e Goretti, da Diretoria Geral de Planejamento (DGP), Nilson (DEAB), Catão (DEPCA), Adeilza, Ana Antunes, Denise, Juscelino e Otoniel (DIEVS), e João Alves (CVA).

Aos funcionários do Distrito Sanitário III (DS-III), na pessoa de sua gerente, Dra. Paulette Cavalcanti, também presidente do Conselho Distrital, que autorizou a realização da pesquisa e prestou o apoio necessário. Meu reconhecimento também à secretária-executiva do Conselho, Lina, e às demais gerentes e técnicas do Distrito com quem tive a oportunidade de conversar e conviver, especialmente: Mariinha, Josilda, Andréa, Germana e Polliana.

Aos Conselheiros de Saúde do DS-III, gestores e não gestores, estes últimos sujeitos desta pesquisa, com os quais pude estar presente nas reuniões e/ou tive o privilégio de entrevistar.

... Pois parecia-me que eu poderia encontrar muito mais verdade nos raciocínios que cada um faz sobre os assuntos que lhe importam, e cujo resultado, se julgou mal, irá puni-lo em seguida, do que naqueles feitos pelo homem de letras em seu gabinete, sobre especulações que não produzem qualquer efeito e não têm outra conseqüência, a não ser, talvez, que lhe proporcionarão tanto mais vaidade quanto mais estiverem afastadas do senso comum, pelo tanto de espírito e de artifício que precisou empregar para torná-las verossímeis.

(René Descartes em *Discurso do Método*)

Resumo

Este estudo de caso avaliou a disponibilidade de informações para controle social e o seu aproveitamento no conselho do Distrito Sanitário III do Recife. Pesquisas prévias sobre conselhos de saúde apresentam obstáculos ao desempenho desses colegiados no exercício do controle social, tais como: não disponibilização de informações adequadas pelos gestores, dificuldades de acesso a informações de saúde e falta de capacidade de compreensão dessas informações por parte dos conselheiros representantes de usuários e de trabalhadores em saúde. O estudo utilizou metodologia qualitativa, tendo sido realizadas pesquisa documental e entrevistas com uma amostra de conselheiros não gestores. Ele revelou convergências e divergências com os estudos anteriores pesquisados. Há grande disponibilidade de informações no distrito, assim como na secretaria municipal de saúde e nos sistemas do DATASUS disponíveis na Internet, que não são utilizadas pelos conselheiros por falta de conhecimento, capacidade e/ou interesse, ou ainda dificuldades de acesso, no caso da Internet. A maioria dos representantes de usuários, por exercerem lideranças comunitárias, percebem o conselho como um órgão de defesa de direitos relacionados à saúde das suas comunidades, vendo a si próprios como “fiscais da rede de saúde”. São poucas e isoladas as iniciativas de auto-desenvolvimento e de busca de informação fora das comunidades ou das reuniões do conselho. Há grande dependência do distrito e preferência por se discutir temas pontuais e imediatos. A falta de infra-estrutura de informática impede o acesso aos sistemas de informações do DATASUS. Representantes de usuários queixam-se da linguagem técnica muitas vezes utilizada pelo distrito, o que dificulta a compreensão das informações, impedindo questionamentos e debates.

Palavras-chave: Controle Social. Conselho de Saúde. Informações em saúde.

Abstract

This case study evaluated the information availability and its use for social control by the Health Council of the Third Sanitary District of Recife. Previous research on health councils showed common obstacles to their performance, such as: no suitable information provision by public managers, difficulties in accessing health information, and lack of capacity for information understanding by users and health worker representatives. This study employed qualitative methodology by means of documental research and interviews with a sample of non-public manager counselors. It revealed convergences and divergences with some known previous studies. There was good information availability at the District, at the Municipal Health Secretary, as well as in the DATASUS systems on the Internet. The latter, however, were not being used by interviewees because they had no knowledge of them, insufficient capacity to understand them or even no interest for displayed information. Access was also sporadic due to the lack of a computer network infrastructure for entry into the Internet. Most of the user representatives, who were also community leaders, perceived the council as an overseer organization on the health rights of the community and saw themselves as local health network watchguards. There were few and sparse attempts at self-development and information acquisition outside their communities or beyond the council discussions at monthly meetings. There was a high degree of dependence on the district and a noticeable preference for discussing immediate and extremely focused issues. User representatives blame this on the use of technical language by the district which caused difficulty in information understanding, thus preventing further inquiry and debate.

Key words: Social control. Health council. Health information.

Lista de Figuras

Figura 1 (4) Rede de conselhos de saúde do Recife em fevereiro/2005	45
Figura 2 (4) Relacionamento entre os conselhos de saúde do Recife	52
Figura 3 (4) Mapa das regiões político-administrativas do Recife	54

Lista de Quadros

Quadro 1 (5)	Entrevistas realizadas na fase exploratória	70
Quadro 2 (5)	Estratificação dos sujeitos de pesquisa por segmento, categoria e origem	79
Quadro 1 (6)	Perfil dos conselheiros entrevistados	86
Quadro 2 (6)	Frequência e participação dos conselheiros até janeiro/2005	94
Quadro 3 (6)	Frequência dos conselheiros entre fevereiro e julho/2005	94
Quadro 4 (6)	Comparativo de frequências dos conselheiros	97
Quadro 5 (6)	Comparativo de frequência e participação dos conselheiros	98
Quadro 6 (6)	Comparativo de perfil, frequência e participação dos conselheiros	100
Quadro 7 (6)	Comparativo grau de participação e gênero	101
Quadro 8 (6)	Comparativo grau de participação e escolaridade	101
Quadro 9 (6)	Comparativo grau de participação e renda	102
Quadro 10 (6)	Comparativo grau de participação e vínculos externos	102
Quadro 11 (6)	Informes e pontos de pauta tratados entre fevereiro e julho/2005	105
Quadro 12 (6)	Decisões tomadas pelo conselho distrital entre fevereiro e julho/2005	107
Quadro 13 (6)	Percepções quanto ao que o conselho deve fazer	108
Quadro 14 (6)	Percepções quanto às atividades a serem realizadas pelos conselheiros	110
Quadro 15 (6)	Percepções quanto às informações necessárias aos conselheiros	113
Quadro 16 (6)	Percepções quanto às informações fornecidas pelo distrito	114
Quadro 17 (6)	Percepções quanto a outras informações que o distrito deveria fornecer	116
Quadro 18 (6)	Outras fontes de informações utilizadas ou potencialmente utilizáveis	119
Quadro 19 (6)	Grau de facilidade de acesso às informações no distrito	120
Quadro 20 (6)	Grau de facilidade de acesso às informações em outras fontes	122
Quadro 21 (6)	Grau de facilidade de compreensão das informações obtidas	123
Quadro 22 (6)	Afirmações de crenças e atitudes quanto ao conselho distrital	126
Quadro 23 (6)	Reclamações quanto à situação do conselho distrital	128
Quadro 24 (6)	Sugestões para melhoria do conselho distrital	131
Quadro 25 (6)	Indicadores da Sala de Situação do DS-III	141

Lista de Siglas

ACS-Agente comunitário de saúde
AL-Estado de Alagoas
ASA-Agente de saúde ambiental
BD-SIASUS-Banco de dados nacional de informações ambulatoriais do SUS
BIREME-Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS-Biblioteca Virtual em Saúde
CD-Conselho distrital
CD-III-Conselho do Distrito Sanitário III do Recife
CEAP- Centro de Educação e Assessoramento Popular
CEP-Comitê de ética em pesquisa
CES-Conselho estadual de saúde
CES/PE-Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco
CGU-Conselho gestor de unidade de saúde
CMN-Confederação Nacional de Municípios
CMS- Conselho municipal de saúde
CMS/Recife-Conselho Municipal de Saúde do Recife
CNIS-Cadastro Nacional de Informações Sociais
CNS-Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS-Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CAPES-Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS-Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco
CCSA-Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco
CE-Centro de Educação da Universidade Federal de Pernambuco
CFCH-Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco
CPQAM-Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
CVA-Centro de Vigilância Ambiental
DAF/DS-III-Departamento Administrativo Financeiro do Distrito Sanitário III do Recife
DAS-Diretoria de Atenção à Saúde da Secretaria de Saúde do Recife
DAS/DS-III- Departamento de Atenção à Saúde do Distrito Sanitário III do Recife
DATASUS-Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEAB-Diretoria Executiva de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Recife
DEPCA-Diretoria Executiva de Produção, Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde do Recife
DEPE-Diretoria Executiva de Epidemiologia da Secretaria de Saúde do Recife
DEVISA-Diretoria Executiva de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde do Recife
DGP-Diretoria Geral de Planejamento da Secretaria de Saúde do Recife
DIEVS-Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde da Secretaria de Saúde do Recife
DRH/DS-III-Departamento de Recursos Humanos do Distrito Sanitário III do Recife
DS-Distrito Sanitário
DS-III-Distrito Sanitário III do Recife
DVS/DS-III- Departamento de Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário III do Recife
ENANPAD-Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
FIOCRUZ-Fundação Oswaldo Cruz
FMS-Fundo Municipal de Saúde
FUNASA -Fundação Nacional de Saúde
HOPSUB-Sistema integrado de informações de ambiente hospitalar
IBGE -Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB-Indicadores e Dados Básicos para a Saúde

MS -Ministério da Saúde
OMS-Organização Mundial da Saúde
ONG- Organização não governamental
OPAS-Organização Panamericana de Saúde
PACS-Programa de agentes comunitários de saúde
PCR-Prefeitura Municipal do Recife
PE-Estado do Pernambuco
PNDS-Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNI-Programa Nacional de Imunização
PPI-ECD-Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças
PSF-Posto de saúde da família
REFORSUS-Programa de Reforço à Implementação do Sistema Único de Saúde
RIPSA-Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RNIS-Rede Nacional de Informações em Saúde
RPA-Regiões político-administrativas da Cidade do Recife
SAMU-Serviço de Assistência Médica de Urgência
SCN-Sistema de Contas Nacionais
SEADE-Fundação Sistema de Análise de Dados de São Paulo
SES/DS-III-Serviço de Educação em Saúde do Distrito Sanitário III do Recife
SI/PNI-Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização
SIA/SUS -Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIA/SUS-Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIAB -Sistema de Informações da Atenção Básica
SIGAB-Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica
SIH/SUS-Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM -Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN -Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC -Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS -Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde
SI-PNI-Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização
SIRH-Sistema de Informações de Recursos Humanos
SIRH/SUS-Sistema de Informações sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde
SISCOLO-Sistema de Informação Laboratorial para Exame Colpocitopatológico
SISMAL -Sistema de Informações sobre Malária
SISVAN -Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS – Secretaria municipal de saúde
SMS/Recife - Secretaria Municipal de Saúde do Recife
SP -Estado de São Paulo
SPS/MS -Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde
SUB-Sistema Único de Benefícios da Previdência Social
SUS-Sistema Único de Saúde
UFPE-Universidade Federal de Pernambuco
USF-Unidade de saúde da família

Sumário

1	Introdução	15
2	Justificativa	17
3	Objetivos	18
4	Contextualização e referencial teórico	20
4.1	Controle Social na área de saúde	20
4.1.1	Controle Social	20
4.1.2	Informações para Controle Social	22
4.1.3	Sistema Único de Saúde	24
4.1.4	Controle Social no Sistema Único de Saúde	26
4.1.5	Oficina “Informações em Saúde para Controle Social”	28
4.2	Sistemas de informações em saúde	31
4.2.1	Informações para gestão descentralizada da saúde	31
4.2.2	Informações necessárias aos conselhos distritais	34
4.2.3	Sistemas de Informação em Saúde do Governo Federal	35
4.2.4	Salas de Situação de Saúde	38
4.3	Controle social de saúde no Recife	44
4.3.1	Conselho Municipal de Saúde	45
4.3.2	Distritos Sanitários	46
4.3.3	Conselhos Distritais de Saúde	47
4.3.4	Conselhos de Unidades de Saúde	49
4.3.5	Competências dos Conselhos	50
4.3.6	Relacionamento entre os Conselhos de Saúde	51
4.4	Controle Social no Distrito Sanitário III	53
4.4.1	O Distrito Sanitário III	53
4.4.2	Criação dos Conselhos de Saúde no Distrito III	55
4.4.3	Implantação do Conselho do Distrito Sanitário III	58
4.5	Pesquisas sobre conselhos de saúde	61
4.5.1	CES/Pernambuco	62
4.5.2	CMS/Recife-PE	63
4.5.3	CMS/Ribeirão Preto-SP	64
4.5.4	CMS/Santana do Ipanema-AL	64
4.5.5	CMS/Brejo da Madre de Deus-PE e CMS/Petrolina-PE	65
4.5.6	Ministério da Saúde	66
5	Metodologia de pesquisa	69
5.1	Fase exploratória	69
5.2	Objeto de estudo	72
5.3	Estratégia e métodos de coleta de dados	73
5.4	Dados coletados	76
5.5	Sujeitos da Pesquisa	77
5.6	Desenvolvimento das entrevistas	79
5.7	Análise dos dados coletados	80
5.8	Limitações	84
6	Resultados	86
6.1	Perfil dos conselheiros entrevistados	86
6.2	Desempenho do CD-III	88
6.2.1	Capacitação dos conselheiros	90
6.2.2	Atividades entre outubro/2003 e janeiro/2005	92
6.2.3	Frequência e participação dos conselheiros	93
6.2.4	Atividades entre fevereiro e julho/2005	104
6.3	Percepções dos conselheiros	108
6.3.1	Quanto às competências do conselho	108

6.3.2	Quanto à necessidade e disponibilidade de informação	112
6.3.3	Quanto à facilidade de acesso às informações	120
6.3.4	Quanto à facilidade de compreensão das informações	123
6.3.5	Afirmações, reclamações e sugestões	125
6.4	Disponibilidade de informações para o Conselho	133
6.4.1	Informações apresentadas pela gerência distrital	133
6.4.2	Informações disponíveis no DS-III e SMS/Recife	140
6.4.3	Informações disponíveis no DATASUS	148
7	Comparação com estudos anteriores	149
7.1	CES/Pernambuco	149
7.2	CMS/Recife	150
7.3	CMS/Ribeirão Preto-SP	150
7.4	CMS/Santana do Ipanema-AL	151
7.5	CMS/Brejo da Madre de Deus e Petrolina-PE	152
7.6	Ministério da Saúde	153
8	Conclusões e reflexões	155
8.1	Quanto ao perfil e atuação dos conselheiros	155
8.2	Quanto à capacitação dos conselheiros	158
8.3	Quanto à disponibilidade de informações	159
8.4	Quanto à percepção das competências do CD-III	161
8.5	Quanto à percepção das necessidades de informação	162
8.6	Quanto à percepção do acesso às informações	164
8.7	Quanto à percepção da compreensão das informações	165
8.8	Quanto ao modelo de participação popular adotado	166
9	Recomendações	168
10	Sugestões de estudos posteriores	170
	Referências	172
	APÊNDICE A - Carta de Apresentação	175
	APÊNDICE B - Questionário	176
	APÊNDICE C - Roteiro de entrevista preliminar	177
	APÊNDICE D - Termo de consentimento	178
	APÊNDICE E - Roteiro de entrevista definitivo	179
	APÊNDICE F - Síntese das reuniões de fev. a jul/2005	180
	APÊNDICE G - Informes entre fev. e jul/2005	201
	APÊNDICE H - Pontos de pauta entre fev. e jul/2005	202

1 Introdução

Neste trabalho, o conceito de controle social se refere ao controle do Estado pela sociedade, por meio de uma participação social institucionalizada, caracterizada, na prática, pela inclusão, no arcabouço jurídico institucional do Estado, de estruturas de representação direta da sociedade investidas de algum nível de responsabilidade de governo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu, na sua implantação, como mecanismos desse controle social, conselhos de saúde em níveis nacional, estadual e municipal. Esses colegiados contam com a participação de representantes dos gestores públicos, dos prestadores de serviço públicos e privados, dos trabalhadores em saúde e da população.

Avanços nessa área têm ocorrido com a instalação, e em alguns casos, reativação, de conselhos gestores de unidades públicas de saúde, e a criação de conselhos distritais naqueles municípios mais populosos, cujos territórios, em termos de gestão da saúde, são segmentados em distritos sanitários.

No Recife, os distritos sanitários correspondem às seis regiões político-administrativas (RPA) da cidade. Os conselhos distritais foram criados a partir da 6ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em agosto de 2003. Dentre os seis colegiados criados, destaca-se o Conselho do Distrito Sanitário III (CD-III), cuja área de atuação abrange 29 bairros, contemplando cerca de 300.000 pessoas.

Diversos estudos sobre a atuação dos conselhos de saúde se mostram convergentes na apresentação de obstáculos que prejudicam o desempenho dos membros desses colegiados no exercício do controle social. Alguns deles, enfrentados pelos representantes dos trabalhadores em saúde e usuários, são: não disponibilização de informações adequadas pelos gestores, dificuldades de acesso a informações de saúde em

geral e falta de capacidade de compreensão dessas informações (SILVA, 1997, p. 216, e ALBUQUERQUE, 2000, p. 174).

A carência de informação oficial local, as dificuldades de acesso e a falta de capacidade dos conselheiros para compreensão das informações que obtêm, afetam consideravelmente o desempenho das competências formalmente estabelecidas para os conselhos.

Diante disso foi realizado um estudo de caso para avaliar a disponibilidade de informações para controle social e o seu aproveitamento em um conselho distrital. No caso, no Conselho do Distrito Sanitário III do Recife, capital do Estado de Pernambuco.

A partir desse estudo foram verificadas divergências e convergências com as constatações verificadas em conselhos municipais e estaduais em pesquisas anteriores, examinadas na fase exploratória deste trabalho.

Em síntese, a questão de pesquisa trabalhada foi a seguinte: qual tem sido a disponibilidade de informação e os graus de facilidade para acesso e para compreensão dessas informações, percebidos pelos representantes dos trabalhadores em saúde e representantes dos usuários, membros do Conselho do Distrito Sanitário III da Cidade do Recife, para o desempenho das competências que lhe foram formalmente atribuídas.

2 Justificativa

Tendo em vista a inovação representada pela recente criação dos conselhos distritais de saúde do Recife – inaugurando a descentralização do controle social institucionalizado na saúde para além do nível municipal - e considerando o papel estratégico dos conselhos distritais na rede estabelecida para gestão da saúde com participação popular naquela cidade, e ainda a existência de diversas pesquisas sobre conselhos de saúde que apontam uma série de obstáculos para atuação efetiva desses mecanismos de controle social, em especial quanto à disponibilidade e à capacidade de aproveitamento das informações de saúde pelos conselheiros não gestores, foi proposta a realização desta pesquisa, cujos objetivos são descritos no capítulo seguinte.

Espera-se contribuir com o controle social na área de saúde com a revelação da situação de um conselho distrital em seu primeiro biênio de funcionamento, no caso do Conselho do Distrito Sanitário III do Recife (CD-III) na gestão 2003-2005, quanto à disponibilidade de informações para controle social e aos graus de facilidade de acesso e de facilidade de compreensão dessas informações, percebidos pelos representantes dos trabalhadores em saúde e dos usuários dos serviços de saúde (conselheiros não gestores).

Com esses resultados, gestores e demais participantes de conselhos de saúde, inclusive os novos conselheiros do CD-III, recém-eleitos em outubro de 2005, poderão refletir sobre suas próprias experiências e atuar no sentido de melhorar o desempenho desses relevantes canais de participação popular, em prol de um controle social mais efetivo.

Espera-se com isso contribuir para incrementar o acervo de conhecimentos sobre o exercício do controle social pelos conselhos de saúde, com ênfase na disponibilidade e aproveitamento de informação para esse fim, em especial daqueles colegiados em nível distrital, os quais ainda estão em processo de consolidação na Cidade do Recife.

3 Objetivos

Objetivo geral

Avaliar a disponibilidade de informações para controle social e o grau de facilidade para acesso e compreensão dessas informações pelos representantes dos trabalhadores em saúde e de usuários no âmbito do Conselho do Distrito Sanitário III (CD-III) da Cidade do Recife.

Objetivos específicos

Para alcance do objetivo geral, os seguintes objetivos específicos foram estabelecidos:

1. Levantar o perfil dos conselheiros não gestores (trabalhadores em saúde, representantes de moradores e de entidades sociais) quanto à escolaridade, faixa etária, renda familiar, capacitação prévia em controle social e participação em outros espaços políticos (mediante aplicação de questionário) como subsídio ao posterior estudo comparativo com sua atuação e percepções, previsto no objetivo 6 a seguir.
2. Levantar as atividades oficialmente desempenhadas pelos conselheiros e decisões tomadas pelo Conselho desde a sua criação (pesquisa documental e entrevistas não estruturadas complementares).
3. Conhecer o entendimento que os conselheiros não gestores (trabalhadores em saúde e usuários) têm sobre o papel do conselho distrital, sobre as atividades que os conselheiros devem desempenhar, e sobre as informações que seriam

necessárias, e as possíveis fontes, nas suas visões, para o cumprimento desse papel (entrevista semi-estruturada).

4. Levantar o grau de facilidade, também na visão desses conselheiros, para acesso e compreensão das informações que entendem necessárias ao pleno cumprimento do papel de conselheiro distrital, disponibilizadas pelo distrito ou por outras fontes (entrevista semi-estruturada).
5. Levantar as informações de saúde que têm sido explicitamente apresentadas ao CD-III pela gerência distrital, assim como as informações existentes no Distrito Sanitário III (DS-III), na Secretaria Municipal de Saúde e nos sistemas do DATASUS que poderiam ser buscadas pelos conselheiros (pesquisa documental e entrevistas não estruturadas com gestores distritais, municipais e secretaria executiva do CD-III).
6. Comparar o perfil dos conselheiros com a respectiva atuação no Conselho e percepções quanto ao papel desempenhado, à disponibilidade e à capacidade de compreensão das informações recebidas (análise qualitativa).
7. Comparar os resultados obtidos nesta pesquisa com as constatações dos estudos anteriores examinados, quanto à disponibilidade e capacidade de aproveitamento de informações para controle social, revelando convergências e divergências entre aqueles casos e a situação do conselho distrital pesquisado (análise qualitativa).

4 Contextualização e referencial teórico

4.1 Controle Social na área de saúde

4.1.1 Controle Social

O termo controle social foi empregado inicialmente na Sociologia, no final do Século XIX, com um significado praticamente oposto àquele que é utilizado hoje. Designava os processos de influência da sociedade sobre o indivíduo (CARVALHO, 1995).

Para Fichter (1969, *apud* VASCONCELOS, 2001), o controle social é uma extensão do processo de socialização. Socialização significa que o indivíduo aprende e desempenha os padrões esperados e controle social é o mecanismo que perpetua esse processo induzindo e mantendo a conformidade das pessoas ao padrão. Portanto, ele é o mecanismo que mantém a conformação do indivíduo às regras do grupo e, por conseguinte, mantém a coesão do grupo, sua existência.

A noção de controle social, aplicada à relação Estado-sociedade, resultou noutra vertente, a do controle social como a limitação do agir individual na sociedade imposta pelo Estado. Modernamente, na Administração Pública Brasileira, a noção de controle social foi invertida, configurando o controle do Estado pela sociedade, por meio de uma participação social institucionalizada, reconhecida pela “grande maioria das abordagens teóricas, do campo do neoliberalismo ao do pós-marxismo”, e que supõe “alguma forma de reconhecimento e representação dos diversos segmentos sociais e seus respectivos interesses e projetos perante o Estado” (CARVALHO, 1995, p.26).

Dessa forma, a participação social se daria pela inclusão, no arcabouço jurídico institucional do Estado, de estruturas de representação direta da sociedade, investidas de algum nível de responsabilidade de governo.

No âmbito da Reforma do Estado, empreendida a partir de 1995 no Brasil, o controle social é aquele pelo qual os cidadãos exercitam formas de democracia direta (BRESSER PEREIRA, 1998 apud SILVA, 2002).

Nessa Reforma, preconizou-se a adoção de uma administração pública gerencial, como evolução dos modelos patrimonialista e burocrático vigentes até então. Nesse contexto, os controles sociais seriam essenciais, na medida que compensariam a redução do controle legal de procedimentos, próprio das burocracias, e complementariam o controle de resultados esperados na nova abordagem gerencial.

Assim, uma série de mecanismos de controle social é relacionada pela literatura da área, tais como: organizações não governamentais, orçamento participativo, audiências públicas, ouvidorias, denúncias aos órgãos de controle interno e externo (tribunais de contas), bem como os colegiados públicos ou conselhos de políticas públicas (SANTOS, 2003).

Segundo Carneiro (2002), os conselhos de políticas públicas locais, estaduais e nacionais constituem experiências de inovação institucional que acenam para a ampliação dos espaços de deliberação pública, uma vez que são estruturas jurídico-constitucionais de caráter permanente, com representação paritária entre Estado e sociedade civil e com amplos poderes de controle sobre a política.

No entanto, Carvalho (1995, p.27) adverte que “o advento dessas formas institucionais de participação, com seu pluralismo, não instaura magicamente a igualdade de oportunidades de acesso ao poder, tampouco elimina as desigualdades de potência reivindicatória entre os diversos segmentos sociais. Assim, nem os setores dominantes deixam de operar e realizar seus interesses através de canais privados de acesso e influência (anéis burocráticos, poder econômico, etc.), nem os setores subalternos ou excluídos têm suas necessidades sociais automaticamente atendidas”.

4.1.2 Informações para Controle Social

Segundo Chauí (1997), os sujeitos políticos participam da vida social em proporção ao volume e qualidade das informações que possuem e, em especial, a partir de suas possibilidades de acesso às fontes de informação e de condições favoráveis de aproveitamento delas, de forma a poderem intervir como produtores do saber.

Torres (2004), por sua vez, argumenta que há excesso de otimismo em relação à eficácia da transparência e da informação, consideradas importantes mecanismos para aprimorar a implementação de políticas públicas. Isso porque, “uma primeira grande dificuldade surge quanto à capacidade de processamento das informações disponibilizadas pela administração pública. Outro problema importante é o desinteresse do cidadão comum pelos assuntos públicos Mas o aspecto crucial reside no fato de que, na maioria das vezes, as informações disponíveis são excessivamente técnicas para serem entendidas e processadas pelo eleitor-padrão” (p.43).

Ao tecer considerações sobre o uso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais, Jannuzzi (2002, p.69-70) defende que a “disponibilidade de um sistema amplo de indicadores sociais relevantes, válidos e confiáveis certamente potencializa as chances de sucesso do processo de formulação e implementação de políticas públicas, na medida em que permite, em tese, diagnósticos sociais, monitoramento de ações e avaliações de resultados mais abrangentes e tecnicamente mais bem respaldados”.

Entretanto, alerta que o papel e a função dos sistemas de indicadores sociais não devem ser superestimados, porque o “processo de planejamento no setor público ou em qualquer outra esfera está longe de ser uma atividade técnica estritamente objetiva e neutra, conduzida por tecnocratas iluminados e insuspeitos”.

Moraes (2002), de maneira correlata afirma que:

O acesso à informação é fundamental e necessário, mas não suficiente para um novo modo de gerir a informação, em face de seu significado nas

sociedades contemporâneas, uma vez que a fórmula, historicamente instituída, em essência, não se altera. Ampliam-se as estratégias de difusão de informação, mas não se democratizam as relações de poder e produção de saber implícitas em sua gestão, que permanecem “nas mãos” dos que “entendem”, dos que “sabem”, dos “técnicos” (p.90).

Assim, a pesquisa abordou tanto a disponibilidade de informações quanto o seu aproveitamento pelos conselheiros de saúde distritais, uma vez que aqueles insumos são básicos para a atuação desses colegiados, mas não garantem a efetividade na formulação e controle das políticas públicas de saúde, a depender da capacidade de compreensão dessas informações e o interesse em utilizá-las por parte dos representantes da sociedade como base para exercício do controle social.

Conforme observa Carneiro (2002, p.285), para se garantir a qualidade da participação, em especial para representantes da sociedade civil, há de se viabilizar condições, instrumentos e conhecimentos que permitam a discussão e o debate mais informado e, portanto, maior igualdade e paridade na participação. Conclui, assim, que a produção, disponibilidade e acesso à informação são dimensões que não podem estar restritas à discricionariedade do governo, pois a assimetria informacional configura um entrave para um melhor desenvolvimento dos conselhos.

Ante esses argumentos, e diante da intersectorialidade do tema da saúde, que abrange questões sócio-econômicas, de infra-estrutura urbana, entre outras, o presente estudo buscou também conhecer que outras eventuais fontes de informação os conselheiros distritais utilizam, além daquelas disponibilizadas pelos gestores da saúde nos níveis distrital e municipal e pelo Governo Federal.

4.1.3 Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), definido na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), propõe um sistema de saúde que garanta a integralidade da atenção à saúde, com qualidade e resolutividade, para o conjunto da população brasileira, com os princípios e diretrizes que devem ser observados pela gestão municipal na implementação dos serviços e ações municipais.

Síntese dos princípios estabelecidos pelo SUS (CMN, 2004, p.21-23):

- a) universalidade: todo cidadão brasileiro tem direito ao acesso gratuito às ações e serviços de saúde;
- b) equidade: igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos e privilégios, sendo o tipo de atendimento determinado pela complexidade do problema de cada usuário;
- c) integralidade: garantia de atendimento desde ações preventivas até as de maior complexidade, de acordo com uma rede hierarquizada de complexidade crescente;
- d) descentralização político-administrativa: ênfase na descentralização da gestão da saúde para os municípios, com comando único em cada esfera de governo, aproximando a administração do sistema do cidadão, sem prejuízo da corresponsabilidade dos governos estaduais e federal pela atenção à saúde, por meio de apoio técnico e financeiro;
- e) hierarquização: acesso preferencial da população pela rede básica, com encaminhamento dos casos de maior complexidade para serviços especializados, os quais poderão ser organizados de forma regionalizada;
- f) intersetorialidade: integração no desenvolvimento de ações envolvendo especialmente o meio ambiente e o saneamento básico;

- g) resolutividade: capacidade de resolver os problemas de saúde da população em todos os níveis de assistência;
- h) participação da comunidade: garantia de participação da população no estabelecimento de políticas públicas de saúde, discutindo prioridades e fiscalizando a execução das ações e serviços de saúde, bem como a utilização dos recursos;
- i) epidemiologia: as informações epidemiológicas (condições de saúde da população) devem ser usadas para definição de prioridades, alocação de recursos e orientações programáticas;
- j) direito à informação e autonomia: as pessoas têm direito à informação sobre sua saúde e à preservação de sua autonomia na defesa de sua integralidade física e moral.

Deve-se ressaltar que o conceito de saúde não deve ser “encarado apenas como ausência de doença, mas como resultante das condições de vida da população, envolvendo a educação, moradia, saneamento básico, lazer, acesso aos serviços de saúde” (CMN, 2004).

A criação do SUS na Constituição de 1988 é o resultado de um processo de reformulação do setor de saúde que ganhou corpo na década de 1980. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, é considerada um momento histórico em termos de democratização, pois várias tendências de esquerda e do movimento popular tiveram uma participação decisiva na instituição da Reforma Sanitária no Brasil, abrindo-se a possibilidade para um modelo de saúde democrático, em oposição ao tradicionalmente autoritário e excludente.

Naquele momento, o “controle social” foi considerado como uma conquista, sendo a principal estratégia para garantir a descentralização e municipalização da saúde, objetivos centrais daquela Reforma (WENDHAUSEN & CAPONI, 2002, p. 1622).

4.1.4 Controle Social no Sistema Único de Saúde

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para materializar o controle social, foram concebidos conselhos nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Os conselhos de saúde, nos termos da lei, são órgãos consultivos, deliberativos e de controle social da gestão do sistema de saúde, inclusive dos aspectos econômicos e financeiros (Lei nº 8.080/90, art. 33).

A composição dos conselhos de saúde é paritária, ou seja, deles participam representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários (Lei nº 8.142/90, art. 40).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução nº 33/92, expediu recomendações para a constituição e estruturação dos conselhos estaduais (CES) e municipais de saúde (CMS). Em novembro de 2003, foi editada a Resolução nº 333 que revogou a norma anterior e trouxe novas “diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde”. Essa nova legislação prevê, na sua primeira diretriz, a “ampliação dos conselhos de saúde que ora se estabelecem também em conselhos regionais, conselhos locais, conselhos distritais de saúde, incluindo os conselhos distritais sanitários indígenas, sob a coordenação dos conselhos de saúde da esfera correspondente”.

As competências inicialmente definidas pela Resolução nº 33/92 para os conselhos municipais eram bastante amplas e incluíam: a) atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência

técnico-administrativa; b) propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e funcionamento do SUS; c) 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; d) fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde; e) fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde; f) estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde; g) propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação dos recursos (MS, 1993).

A Resolução nº 333/2003 detalhou e desdobrou essas mesmas competências, em 24 (vinte e quatro) itens, tendo acrescentado ainda atribuições aos conselhos de: a) estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde; b) divulgar as funções, competências, atuação e agenda do conselho; c) apoiar e promover a educação para o controle social, de cujo conteúdo programático deve constar “os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento”.

Ramos (1996) salienta um aspecto dos conselhos de saúde que é o fato de constituírem uma proposta de caráter setorial, no sentido de “cima para baixo”, já que teve origem no aparelho de estado e contou com a ação decisiva de agentes sociais situados no campo da saúde.

Um estudo realizado sobre o CNS (VASCONCELOS, 2001), onde foi analisado o conteúdo das 140 resoluções emitidas, de 1995 a 1998, revelou que esse Conselho é um órgão formal¹, pois “emite opiniões sobre diversos assuntos de saúde, colabora na formulação, mas,

¹ O conceito de formalismo adotado pelo pesquisador é a “divergência entre o que está prescrito nas leis e o que se efetiva na prática” (VASCONCELOS 2001, p.2).

efetivamente não controla a execução das políticas públicas de saúde” (p. 11). Ainda segundo seu autor, “a criação desses mecanismos em lei, não garante que o controle social ocorrerá, principalmente, se considerarmos o formalismo como característica predominante da sociedade brasileira” (p.1).

Nas suas considerações finais (VASCONCELOS, 2001, p.11), sugere que a “extensão desse tipo de estudo para os conselhos estaduais e municipais, com o foco na sua finalidade, na atividade-fim dos Conselhos, poderia propiciar um retrato mais fidedigno de sua atuação contribuindo para o aprimoramento do controle social”.

4.1.5 Oficina “Informações em Saúde para Controle Social”

No âmbito da elaboração de uma nova Política de Informação e Informática do SUS, de iniciativa do Governo Federal na gestão 2003-2006, foi promovida pelo Ministério da Saúde (MS) uma Oficina de Trabalho, em maio de 2003, denominada “Informações em Saúde para o Controle Social” (MS, 2004).

Participaram da Oficina 72 representantes dos dois segmentos alvos:

a) 25 representantes da área de Controle Social, sendo quinze representantes do Conselho Nacional de Saúde, dos quais três também eram de Secretarias Estaduais, nove da Plenária Nacional de Conselheiros e um do Conselho Estadual de Saúde do Piauí;

b) 47 participantes das entidades produtoras, gestoras, e de análise de informações em saúde, oriundos de departamentos do Ministério da Saúde, de Fundações a ele vinculadas, de agências reguladoras, da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e da Fundação Sistema de Análise de Dados/SP (SEADE).

A temática da Oficina foi definida a partir de contribuições de uma pesquisa prévia, realizada pelo Ministério da Saúde com 59 conselheiros, e da sistematização das

propostas publicadas em documentos de plenárias e conferências de saúde anteriores. A temática foi discutida anteriormente com a secretaria executiva do CNS, com representantes do CNS e da Plenária de Conselheiros. Para cada um dos temas, os grupos foram estimulados a sugerir ações, e, quando cabível, avaliar suas implicações em relação à capacitação, à forma e ao meio de acesso às informações.

Tema 1: Informações de saúde prioritárias para o exercício do controle social pelos conselhos de saúde, no âmbito municipal, estadual e nacional:

- a) Quais as informações que não existem e que necessitam ser produzidas?
- b) Dentre as informações existentes quais as que não chegam aos conselhos?
- c) Dentre as informações existentes quais as que necessitam de linguagem e apresentação mais adequadas?
- d) Sugestões para seleção e agrupamento de informações para o controle social.

Tema 2: Papel do controle social na formulação de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde:

- a) Que diretrizes podem ser sugeridas para que o controle social se constitua num real componente de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde?
- b) Além da Oficina de Trabalho, que próximos passos devem ser dados para que o componente controle social entre de fato na agenda política de gestores do SUS, órgãos e entidades produtoras e disseminadoras de informação, CONASS, CONASEMS e conselhos de saúde?

Tema 3: Informações para a implementação do Sistema de Controle Social:

- a) Interatividade entre os conselhos;

- b) Interatividade dos conselhos com a sociedade;
- c) Interatividade dos conselhos com os gestores;
- d) Monitoramento e efetividade das ações dos conselhos.

Tema 4: A informação ao alcance dos conselhos de saúde: meios e instrumentos de disseminação e de acesso.

- a) Meios de comunicação: jornais, revistas, rádio, TV e páginas na internet;
- b) Instrumentos de informação: relatórios, atas, publicações, etc;
- c) Infra-estrutura: equipamentos, acesso à internet, telefone e fax.

Como se vê, as preocupações quanto à disponibilização de informação adequada aos conselhos, quanto à interatividade entre conselhos, gestores e sociedade, e quanto aos meios de acesso à informação para controle social permeiam todo o SUS, constando inclusive da agenda do Governo Federal, no âmbito da formulação dessa nova “Política de Informação e Informática do SUS”.

Como resultado da Oficina, foram consolidadas numerosas conclusões e propostas de ações pertinentes à produção, disseminação e uso de informações para subsidiar o controle social pelos conselhos de saúde, incluindo um capítulo final trazendo todas as assertivas referentes à capacitação de conselheiros.

Desse trabalho, vale ainda resgatar o reconhecimento oficial, na sua apresentação, de que, apesar da área de saúde no Brasil ter grande tradição na coleta, tratamento, análise e disseminação de informação, essas práticas não têm sido capazes de contribuir com todo o seu potencial para o fortalecimento do SUS.

4.2 Sistemas de informações em saúde

4.2.1 Informações para gestão descentralizada da saúde

Considerando o foco deste trabalho no controle social em nível distrital, o tema de informações para planejamento e gestão da saúde será aqui explorado tendo em vista as necessidades locais de informação, ou seja, informações para planejamento e gestão da saúde nos distritos sanitários.

O distrito sanitário é a unidade mais periférica de administração sanitária, que detém responsabilidades e poder decisório ante a política social de saúde. No Brasil, os distritos sanitários são definidos com base no tamanho da população e na capacidade instalada de serviços de saúde. Em geral, os limites dos distritos coincidem com os do município, mas as grandes cidades (a exemplo do Recife), podem ter vários distritos, enquanto que um consórcio de municípios pequenos pode formar um único distrito sanitário (VAUGHAN & MORROW, 1997).

A equipe responsável por gerir um distrito sanitário, segundo esses autores, pode atuar em quatro áreas de responsabilidade, quais sejam: a) planejamento de saúde, incluindo participação comunitária, coordenação intersetorial e colaboração com os demais níveis de governo; b) administração de saúde no nível distrital e gerenciamento de todos os programas de saúde comunitária; c) treinamento e supervisão de todo o pessoal de saúde; e d) gerenciamento de hospitais e serviços ambulatoriais de sua área.

Para o planejamento adequado das ações de saúde, é necessário conhecimento sobre a população do distrito, em diversos aspectos demográficos, sociais e econômicos, bem como sobre as suas condições de saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para que se possa conhecer os principais aspectos da situação de saúde da população e das práticas de saúde, é necessário

proceder a avaliação de um número mínimo básico de indicadores (CARVALHO & EDUARDO, 1998).

Para propiciar esses indicadores, esse autores propõem uma relação de sistemas de informação que devem estar ao alcance da gerência municipal/distrital de saúde:

- a) Demográfico/econômico-social e cultural: conhecimento da estrutura de uma população por sexo, idade (pirâmides de população), estado civil, religião, nacionalidade e outras características sociais, econômicas e culturais;
- b) Eventos vitais: registros de nascimentos, mortes, mudanças de estado civil, adoções, etc. que servem de base para a confecção de vários indicadores epidemiológicos;
- c) Morbidade: registros das doenças, relacionados a diversas variáveis demográficas e de interesse epidemiológico, compreendendo os sistemas de vigilância epidemiológica, hospitalares, ambulatoriais, etc.;
- d) Classificação Internacional de Doenças: tabelas que agrupam doenças e eventos, para padronização e universalização do diagnóstico;
- e) Avaliação hospitalar: censo médico diário, percentagem de ocupação, mortalidade hospitalar, necropsia hospitalar, infecção hospitalar e outros;
- f) Produção dos serviços: mensuração de todas as atividades de saúde produzidas passíveis de quantificação, seja no atendimento individual hospitalar ou ambulatorial, nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, seja em relação às práticas coletivas, como ações na comunidade, nas escolas, vigilância sanitária e outras ações de saúde pública;
- g) Qualidade: quadro sanitário do distrito, permitindo conhecer as condições técnicas de funcionamento dos estabelecimentos, as condições de risco, a

qualidade de produtos (alimentos, medicamentos, saneantes, etc.), a qualidade dos procedimentos médicos, os problemas de meio ambiente e do trabalho, etc;

h) Administrativos: gestão financeira/orçamento, folha de pagamento/recursos humanos, gestão de estoques de materiais de consumo, equipamentos e outros bens patrimoniais, controle de processos/expediente administrativo, banco de legislação da saúde, documentos e biblioteca, controle de medicamentos, cadastros de estabelecimento, dentre outros.

Desde o ano 2000, têm sido firmados, entre municípios, estados e o Ministério da Saúde, dois pactos que são instrumentos nacionais para o monitoramento de ações referentes à Atenção Básica e às ações de Vigilância em Saúde. Eles formalizam a negociação de metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente definidos (CMN, 2004).

O primeiro deles é o Pacto de Indicadores de Atenção Básica e o outro é a Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD).

Os indicadores para o acompanhamento da atenção básica envolvem as seguintes áreas prioritárias: saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão arterial e diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde bucal, saúde da família e acesso aos serviços básicos.

Na PPI-ECD são acompanhadas as ações de vigilância epidemiológica (notificação, investigação e diagnóstico laboratorial de doenças transmissíveis), de vigilância ambiental (vetores e antropozoonoses), imunizações, sistemas de informação de mortalidade, nascidos vivos e procedimentos básicos de vigilância sanitária (CMN, 2004).

A criação e o acompanhamento desses indicadores têm sido executados nos municípios, inclusive como será constatado neste trabalho (vide item 6.4.2, que trata das

informações disponibilizadas pelos gestores distritais e municipais), porque a transferência de incentivos financeiros federais depende do alcance das metas pactuadas.

4.2.2 Informações necessárias aos conselhos distritais

Os conselhos distritais de saúde do Recife possuem, dentre as suas competências, conforme prevê o modelo de regimento proposto pelo Conselho Municipal de Saúde, as atribuições de acompanhar e avaliar o impacto das ações de assistência à saúde e vigilância nos indicadores de saúde do local, assim como de fiscalizar a aplicação das políticas e dos planos municipal e distrital de saúde (vide item 4.5 a seguir).

Para efetuar esses controles, eles também precisam ter acesso a essas mesmas informações, prescritas para o gestor distrital, e, além disso, deveriam ser capazes de compreendê-las plenamente para poder avaliar o impacto das ações e fiscalizar a aplicação dos planos de saúde.

Albuquerque (2000, p.140-144), na sua pesquisa sobre o Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco, fez uso da seguinte tipologia das informações a serem disponibilizadas pelo gestor da saúde (no caso, a Secretaria Estadual de Saúde), necessárias ao desempenho do controle social por parte daquele Colegiado: a) informações financeiras, orçamentárias e contábeis; b) informações epidemiológicas (mortalidade e morbidade); e c) informações sobre a produção de serviços e ações do gestor da saúde.

As informações financeiras, orçamentárias e contábeis (alínea “a”) são aquelas referentes ao orçamento público, planos municipais e distritais de saúde, e do fundo municipal ou estadual de saúde, que são apreciados periodicamente pelos respectivos conselhos.

As informações epidemiológicas, que traduzem o nível de saúde da população expressando os padrões de mortalidade e morbidade (incidência de doenças) (alínea “b”), são

fundamentais para o planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Vaughan & Morrow (1997), por exemplo, propõem um conjunto de indicadores e um sistema de notificação e vigilância simplificados para viabilizar esse tipo de informação em distritos sanitários.

As informações sobre a produção de serviços e ações do gestor da saúde (alínea “c”) são essenciais para a avaliação e fiscalização das políticas e dos planos de saúde previamente aprovados, competências comuns a todos os conselhos, independentemente da abrangência (nacional, estadual, municipal, distrital ou de unidade de saúde).

As informações financeiras, orçamentárias e contábeis e aquelas sobre a produção de serviços e ações do gestor da saúde (alíneas “a” e “c”) têm como fontes primárias a gerência distrital e, complementarmente, a secretaria municipal de saúde, tendo em vista que são informações produzidas e tratadas no âmbito do distrito e/ou do município.

As informações epidemiológicas, além de constarem dos sistemas de informação distritais e municipais, podem ser obtidas nos sistemas de informação em saúde disponibilizados pelo Governo Federal, que são sintetizados no próximo item.

A efetiva disponibilização desses três tipos de informação pela gerência de um distrito sanitário, o eventual conhecimento e uso de outras fontes de informação, assim como a capacidade de compreensão das informações obtidas pelos conselheiros desse distrito foram investigadas neste estudo.

4.2.3 Sistemas de Informação em Saúde do Governo Federal

Uma publicação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA²), complementar aos “Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) de 2001” editado desde

² A RIPSA é uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que, desde 1997, promove a articulação de órgãos de governo, instituições de

1997, traz um material destinado a orientar a utilização de um conjunto de indicadores construídos a partir de bases de dados e pesquisas de âmbito nacional disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e outras entidades do Governo Federal (RIPSA, 2002a).

No Ministério da Saúde, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) é responsável pela coleta, processamento e disseminação de informações sobre saúde. Tem como missão “prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática necessários ao processo de planejamento, operação e controle do Sistema Único de Saúde, através da manutenção de bases de dados nacionais, apoio e consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao funcionamento integrado dos mesmos” (CMN, 2004, p.99).

Dentre as fontes de informação relacionadas para construção de indicadores em saúde, podem ser destacados os seguintes Sistemas de Informação do Ministério da Saúde disponibilizados na Internet pelo DATASUS (RIPSA, 2002a; CMN, 2004):

1. Ambulatoriais:

- a) Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS);
- b) Sistema de gerenciamento de unidade ambulatorial básica (SIGAB);
- c) Banco de dados nacional de informações ambulatoriais do SUS (BD-SIASUS);

2. Hospitalares:

- a) Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS);
- b) Sistema integrado de informações de ambiente hospitalar (HOPSUB);

3. Estatísticas vitais:

- a) Sistema de informações sobre mortalidade (SIM);
- b) Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC);

4. Epidemiológicas:

- a) Sistema de informações do programa nacional de imunização (SI/PNI);
- b) Sistema de informações da atenção básica (SIAB);
- c) Sistema de informação laboratorial para exame colpocitopatológico (SISCOLO);
- d) Sistema de informações de agravos de notificação (SINAN);
- e) Sistema de informações de malária (SISMAL);

5. Orçamentos públicos:

- a) Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS);

6. Recursos financeiros:

- a) Transferências a municípios de recursos de Atenção Básica, de média e alta complexidades;
- b) Créditos a prestadores;

7. Recursos humanos:

- a) Sistema de informações sobre recursos humanos para o SUS (SIRH/SUS);
 - b) Créditos a prestadores de serviços de saúde;
-

Também são disponibilizadas ferramentas para tabulação de dados (Tabnet e Tabwin) e “cadernos de informações de saúde”. Esses cadernos são planilhas que trazem diagnósticos de saúde de estados e municípios, contendo uma consolidação de informações epidemiológicas, de produção da rede de saúde e orçamentário-financeiras.

A RIPSa ainda relaciona alguns sistemas como possíveis fontes de informação em saúde: Sistema de cadastro de beneficiários de planos e seguros privados de saúde, Sistema Único de Benefícios da Previdência Social (SUB), Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS) e o Sistema de Contas Nacionais (SCN). Outras fontes seriam as bases de dados demográficos (a exemplo do Censo), pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e outras pesquisas e inquéritos específicos (ex: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS, inquérito de saúde bucal).

4.2.4 Salas de Situação de Saúde

Conforme descrito por Bueno (2003), sala de situação é um instrumento surgido no campo militar, com a finalidade de monitorar situações de perigo em que "o tempo" é a variável fundamental. No Brasil, na área de saúde, o termo foi introduzido para denominar locais de acesso público, em que pudessem ser expostos painéis e gráficos mostrando indicadores, dados e informações sobre a situação de saúde de um determinado território, extraídos de sistemas informatizados.

Em 1994, o Ministério da Saúde criou na sua sede uma assessoria técnico-gerecncial com a finalidade de concentrar dados e informações via sistemas informatizados e torná-los disponíveis em painéis e gráficos a expor em locais de acesso público. A equipe técnica produziu relatórios da situação nacional da saúde e materiais gráficos para palestras e exposições.

Por solicitação do Ministério da Saúde, com o objetivo de apoiar as secretarias municipais no processo de municipalização da saúde, o escritório de Recife do UNICEF elaborou conjuntos de sete painéis que, no início do segundo semestre de 1994, foram distribuídos para as secretarias de saúde de todos os municípios de Alagoas, Paraíba e Pernambuco. A primeira sala de situação municipal foi inaugurada em Campina Grande - Paraíba, em dezembro de 1994 (RIPSA, 2002b).

Abaixo, relação de títulos e conteúdos dos sete painéis que constituíram essa primeira proposta de sala de situação:

1. DEMANDA E OFERTA: Dados demográficos, estrutura dos serviços de saúde e profissionais envolvidos, número de leitos por mil habitantes e de consultas por habitante/ano.
2. RECEITA E DESPESA: Orçamento da saúde, receita mensal por fonte (federal, estadual, do próprio município e outras) e principais despesas.
3. PRODUTIVIDADE: Internações, consultas, visitas domiciliares, exames complementares, partos normais e cesáreos.
4. CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO: Nascidos vivos, baixo peso ao nascer, aleitamento materno exclusivo, cobertura vacinal, óbitos ocorridos por causas evitáveis e o Coeficiente de Mortalidade Infantil
5. SAÚDE DA MULHER: Cobertura e qualidade do pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, planejamento familiar, casos de DST e Aids, óbitos por causas evitáveis e Taxa de Mortalidade Materna.
6. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA: Registro mensal da ocorrência de agravos de notificação compulsória.

7. SITUAÇÃO SANITÁRIA DOMICILIAR: Número e percentual de domicílios em relação à situação de abastecimento de água, rede de esgoto, coleta de lixo e existência de animais domésticos.

Em cada quadro havia espaço para se colocar – em cores - um conceito avaliativo da situação, a saber: a) **vermelha**: situação ruim; b) **amarela**: sinal de alerta; e c) **verde**: situação boa. Recomendava-se que a avaliação e o conseqüente preenchimento do conceito se desse em conjunto com o conselho municipal de saúde; que não se considerassem apenas parâmetros técnicos, mas também a percepção de representantes dos usuários.

O Unicef imprimiu e encaminhou um conjunto de painéis para cada município dos estados envolvidos. Antes do fim de 1994, dois municípios inauguraram salas de situação de saúde: Campina Grande – PB e Petrolina - PE . Em Campina Grande, a sala de situação foi exposta no ambiente de reuniões do conselho municipal de saúde, para utilizar-se em reuniões e treinamentos de técnicos (BUENO, 2003).

Em 1997, a RIPSA reformulou o primeiro projeto da sala de situação através de um comitê temático específico, do qual participaram representantes dos secretários de saúde, de universidades e das principais instituições envolvidas. Entre as mudanças, destaca-se a ampliação do número de planilhas de sete para treze, conforme relacionado a seguir, e a criação de dez conjuntos de gráficos: um para cada planilha numérica (RIPSA, 2002b):

8. CRIANÇAS: 1 A 4 E 5 A 9 ANOS: Cobertura vacinal e crianças com vacinação em dia para a idade, nº de desnutridos e o total de óbitos ocorridos por causas evitáveis, incluindo causas externas.

9. SAÚDE DO ADOLESCENTE: Partos e consultas de pré-natal, casos de DST e Aids e nº de óbitos, principalmente por violência e acidentes de trânsito.
10. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA II: Agravos com programas: controle da hipertensão, do diabetes, da hanseníase, da tuberculose e da desnutrição; e o quadro de mortalidade geral com as principais causas de óbitos.
11. GESTÃO DEMOCRÁTICA - PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: Datas de realização das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho de Saúde, nº de resoluções emitidas e implementadas, resumo das principais resoluções, datas de apresentação e aprovação do orçamento, das prestações de contas e do plano municipal de saúde.
12. MEDIDAS DECORRENTES DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E TOMADA DE DECISÃO (1º semestre): Resumo mensal dos problemas identificados, medidas priorizadas e resultados alcançados para os meses do 1º semestre.
13. MEDIDAS DECORRENTES DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E TOMADA DE DECISÃO (2º semestre): Resumo mensal dos problemas identificados, medidas priorizadas e resultados alcançados para os meses do 2º semestre.

O Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde do MS, responsável pela coordenação da Secretaria Técnica da RIPSA, imprimiu seis mil conjuntos da nova versão da "sala", e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) os distribuiu.

Com o apoio do DATASUS, foi iniciada a informatização do instrumento, isto é, a colocação dos quadros de dados em planilhas *Excel*, automatizando o cálculo de percentuais e indicadores e acrescentando a construção de gráficos num arquivo vinculado às planilhas. Isso facilitou o preenchimento e permitiu disponibilizar as salas de situação nas *homepages* do MS e de secretarias estaduais e municipais de saúde (BUENO, 2003).

Na mesma época, foi criada a Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS), como projeto do Programa de Reforço à Implementação do SUS (REFORSUS). Seus objetivos eram: conectar profissionais e gestores de saúde na infra-estrutura nacional de informações; facilitar comunicações; tornar acessíveis eletronicamente as informações de saúde; intercambiar informações quanto ao alcance da tecnologia atual; disponibilizar bases de dados de interesse da Saúde; estabelecer infra-estrutura de comunicações e informática que apóie o desenvolvimento de sistemas regionais; e instrumentalizar o controle social sobre ações de saúde no SUS (BUENO, 2003).

Até 1999, o trabalho de implantação da RNIS chegou a ser realizado em 11 dos 27 estados brasileiros, com mais de 200 Salas de Situação implantadas. Os estados que mais avançaram foram: Goiás, Paraná e Pará, além do Distrito Federal. Nessa época pensava-se que a disponibilização dos dados, informações e gráficos da Sala de Situação, de forma padronizada, através das *homepages* municipais permitiria, no futuro, a consolidação de suas informações conforme a necessidade ou interesse de cada usuário, ou seja, agregar os dados dos municípios de determinada região geográfica, ou que apresentassem a ocorrência de determinado agravo, ou qualquer outro critério, não estando restrito à regionalização então existente. O primeiro município a colocar a Sala de Situação em sua *homepage* foi o município de Caruaru, no estado de Pernambuco (RIPSA, 2002b).

Com a extinção do Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde em 1999, o MS abandonou o projeto da sala de situação. “Na secretaria executiva criou-se um

instrumento similar: ‘o caderno de informações em saúde’, planilha (formato Excel) contendo indicadores obtidos nas bases de dados do MS” (BUENO, 2003, p. 33).

Por outro lado, a RIPSAs prosseguiu com revisões e atualizações de conteúdo, sobretudo com o processo de informatização, que capturava dados diretamente dos sistemas locais de informação e preenchia automaticamente planilhas/gráficos. No período foram realizadas aplicações-piloto desse novo instrumento, em Goiás e no Ceará.

. Em 2001, foi produzido um *CD-ROM* viabilizando o processo de captura automática de dados. Após avaliação por interlocutores selecionados, foi lançada a Versão 1.0 no congresso brasileiro de secretários municipais de Saúde, realizado em julho de 2002 em Blumenau, SC, e distribuído o *CD-ROM* para todas as secretarias de saúde municipais. Naquele mesmo ano foram realizadas oficinas de implantação da nova sala de situação de saúde em 5 estados brasileiros (2002). A revisão da versão 1.0 da Sala de Situação incorporou a capacidade de captura automática para a construção de Salas de Situação Regionais e Estaduais (RIPSAs, 2002b).

Por ocasião desta pesquisa, em nível federal estava disponível a versão 2.0 da sala de situação, produzida em 2002, disponibilizando 231 indicadores. Em nível estadual não havia sala de situação ativa. Na Secretaria Municipal de Saúde estava em implantação uma sala de situação específica para a Atenção Básica, conforme descrito no item 6.4.2 a seguir.

No *site* da RNIS, é feita também a defesa do uso das salas de situação como subsídio ao controle social realizado pelos conselhos de saúde, em consonância com os princípios do SUS (RIPSAs, 2002b):

Sendo o Controle Social uma das premissas básicas do Sistema Único de Saúde - SUS e, seu principal locus de exercício o Conselho de Saúde, a Sala de Situação torna-se uma importante ferramenta de democratização da informação em saúde, propiciando uma participação mais efetiva e de melhor qualidade dos conselheiros, principalmente dos representantes dos usuários. Além da disponibilização das informações, o processo de implantação da Sala de Situação vem potencializando a reorganização dos serviços das próprias Secretarias de Saúde e, evidenciando o quanto os dados e informações, cuja fonte é o próprio município, não são por ele

consolidadas e muito menos analisadas. O fato da informação em saúde não ser trabalhada em nível local é uma clara consequência dos muitos anos de autoritarismo e centralização do poder e da informação.

O movimento sanitário brasileiro, junto com os profissionais que atuam no serviço público e a sociedade organizada, conseguiu aprovar na 8ª Conferência Nacional de Saúde os princípios básicos para a estruturação do Sistema Único de Saúde. Estes princípios foram materializados na Constituição de 1988, regulamentados pela Lei Orgânica de Saúde e normalizados através das Normas Operacionais Básicas do SUS, cuja implementação vem promovendo o avanço da descentralização e a municipalização da atenção à saúde em nosso país. Para a concretização efetiva do SUS é fundamental que a informação: abrangente, oportuna e confiável, seja utilizada por gestores, planejadores, demais profissionais de saúde e, principalmente, pela população brasileira.

4.3 Controle social de saúde no Recife

O Recife contava, em meados de 2005, com uma rede de conselhos de saúde. O principal colegiado é o Conselho Municipal de Saúde (CMS/Recife), criado em 1993, no início do processo de municipalização do SUS na cidade.

A partir da 6ª Conferência Municipal de Saúde (agosto/2003), estavam sendo implantados conselhos distritais, vinculados a cada um dos seis distritos em que o município está dividido. Simultaneamente, estavam sendo revigorados, naquelas unidades de saúde maiores, e implantados, nas demais, conselhos gestores de unidade de saúde (CGU).

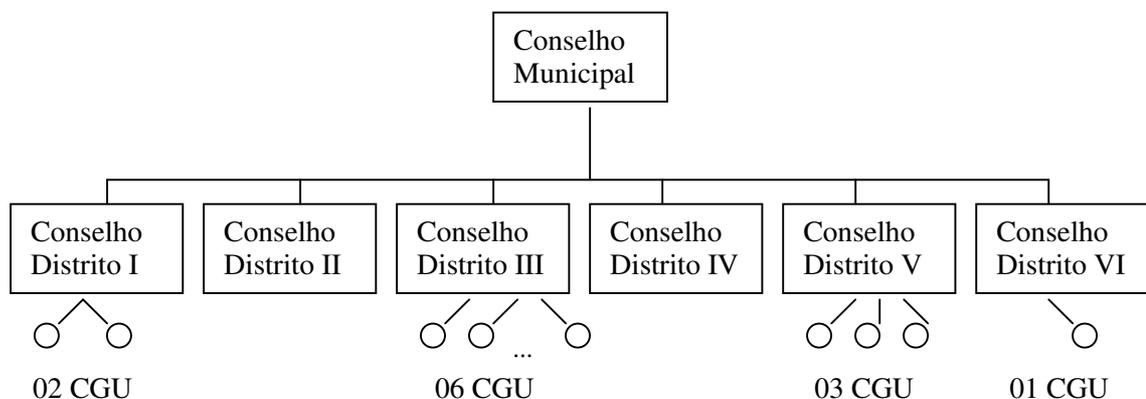


Figura 1 (4) – Rede de conselhos de saúde do Recife em fevereiro/2005.

Para compreensão do contexto dessa rede de controle social, ainda em processo de formação, faz-se necessário discorrer sobre o seu histórico e evolução, desde a criação do Conselho Municipal de Saúde (1993), passando pela implantação dos distritos sanitários (1994/1995), até o advento dos conselhos distritais e de unidades de saúde criados em 2003.

4.3.1 Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde do Recife (CMS/Recife) foi instituído pela Lei Municipal nº 15.773, de 18 de junho de 1993, depois alterada pela Lei nº 16.114 de 11 de novembro de 1995, como um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretária de Saúde do Município.

A alterações trazidas pela Lei nº 16.114/95 foram: a) a possibilidade de, no caso da ausência do Secretário de Saúde e do seu representante legal, as sessões plenárias do CMS/Recife poderem ser presididas por qualquer de seus membros; e b) a paridade na participação dos trabalhadores em saúde com os prestadores públicos e privados, aumentando o efetivo do Conselho de 22 (vinte e dois) para 24 (vinte e quatro) membros. Essa segunda mudança foi concretizada apenas quando da realização da 3ª Conferência Municipal de Saúde em abril de 1996.

O CMS/Recife é constituído de 24 (vinte e quatro) membros, sendo 50% (cinquenta por cento) de representantes dos usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de representantes dos trabalhadores da área de saúde, e 25% (vinte e cinco por cento) de representantes dos gestores e dos prestadores de serviços públicos, filantrópicos e privados.

Os representantes dos usuários estão subdivididos, por sua vez, entre representantes de entidades de moradores das Regiões Político-Administrativas (RPA) em que

está dividida a cidade (6 vagas) e representantes de entidades da sociedade civil organizada de âmbito municipal (6 vagas).

As reuniões do Conselho são abertas ao público, ocorrendo ordinariamente a cada mês, mas só os conselheiros têm direito a voto.

Os representantes do Poder Executivo são indicados pelas respectivas Secretarias Municipais de onde provêm e os demais são eleitos nas conferências municipais de saúde. Essas conferências ocorrem de dois em dois anos, e nelas são nomeados os conselheiros para um mandato de dois anos. A penúltima conferência (sexta), na qual foram eleitos os conselheiros entrevistados nesta pesquisa, foi realizada em agosto de 2003. A última (sétima), na qual houve a renovação dos conselhos distritais, ocorreu em outubro de 2005.

4.3.2 Distritos Sanitários

Os distritos sanitários correspondem territorialmente às seis regiões político-administrativas (RPA) da cidade. Os distritos, por sua vez, são subdivididos em três microrregiões cada.

A descentralização da gestão da saúde iniciou-se em 1994, quando da reformulação da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, tendo sido legitimada pelo Decreto nº 16.614/94, publicado em fevereiro de 1995, que regulamentou a implantação dos distritos sanitários (RECIFE, 1997).

A implantação dos distritos foi progressiva, tendo sido criados, no decorrer de 1994, apenas dois deles: os Distritos Sanitários III e VI. Com a experiência adquirida nesses distritos pioneiros, foram então implantados, no início de 1995, os distritos II, IV e V. Por fim foi instalado, no final de 1995, o Distrito Sanitário I.

Conforme consta do Relatório de Gestão 1993-1996 da SMS/Recife (RECIFE, 1997): “o distrito sanitário é responsável pela gerência das ações de saúde no âmbito local, ou seja, no nível mais próximo da população, através da execução de ações de Atenção à Saúde, de Desenvolvimento Comunitário e Vigilância à Saúde, como objetivo de contribuir com a melhoria das condições de vida da população”.

4.3.3 Conselhos Distritais de Saúde

Os Conselhos Distritais foram criados por ocasião da 6ª Conferência Municipal de Saúde do Recife, realizada em agosto de 2003, tendo sido eleitos, durante as etapas preparatórias desse evento, em julho do mesmo ano, os membros não gestores dos conselhos dos seis distritos sanitários da cidade (RECIFE, 2004).

Os conselhos distritais têm caráter permanente e deliberativo e são formados por doze conselheiros, sendo 50% (cinquenta por cento) deles representantes de usuários (moradores e representantes de entidades sociais do distrito), 25% (vinte e cinco por cento) representantes dos trabalhadores em saúde de unidades de saúde distritais, e 25% (vinte e cinco por cento) gestores, ou seja, gerentes distritais e de unidades de saúde do distrito.

Apesar de existirem na prática e estarem previstos na resolução CNS nº 333/2004, os conselhos distritais ainda não estavam respaldados em lei. Havia um projeto de lei municipal, aprovado pelo CMS/Recife em 17 de janeiro de 2004, que ainda estava tramitando na Câmara Municipal do Recife por ocasião desta pesquisa. Esse projeto, além de alterar disposições quanto ao Conselho Municipal e à Conferência Municipal de Saúde, revogando as Leis 15.773/93 e 16.114/95, definia a composição, competências e processo eleitoral, concernentes aos conselhos distritais e aos conselhos de unidades de saúde (CMS, 2004a).

O projeto de lei dispunha que o conselho distrital (CD) “atua na formulação e estratégias e no controle da execução da política distrital de saúde, respeitando o plano municipal de saúde”. Também estabelecia que o conselho terá representantes das três microrregiões, componentes de cada distrito, nos três segmentos (usuários, trabalhadores e gestores). Estabelecia ainda que “a composição do segmento dos usuários deverá se dar da seguinte forma: 03 (três) representantes de entidades locais de usuários (50%) e 03 (três) moradores (50%), por votação direta”.

Na proposta de regimento interno para os CD, divulgada pelo CMS/Recife (CMS, 2003), eram estabelecidas dez competências, que contemplavam, em síntese: a) deliberação sobre questões distritais e denúncias recebidas; b) proposição de ações de melhorias nos serviços de saúde prestados e de aprimoramento dos espaços de participação popular e controle social; c) acompanhamento e avaliação do impacto das ações de assistência à saúde e vigilância nos indicadores de saúde local; d) fiscalização da aplicação das políticas e planos de saúde no distrito; e) articulação entre os serviços de saúde e a comunidade; f) organização das eleições para sua renovação; g) discussão e aprovação do plano distrital de saúde, considerando o perfil sanitário e as necessidades de saúde; e h) elaboração de relatório semestral da situação da saúde para o CMS, CD e gestores das unidades.

Quando do planejamento para o ano de 2004, foi formada no CMS/Recife uma “Comissão de apoio e articulação entre os conselhos e demais espaços do controle social”, responsável por apoiar a implantação dos conselhos distritais criados na 6ª Conferência Municipal de Saúde. Dos seis conselheiros eleitos para compor essa comissão, participaram ativamente das atividades propostas apenas quatro membros. Por conta disso, quanto ao acompanhamento das reuniões dos conselhos distritais, pelo menos até o início de 2005, o Distrito V ficou sem cobertura.

Na prática, conforme consta do Relatório de Avaliação 2004 dessa Comissão (CMS, 2005), os Distritos I, II, IV e VI tiveram acompanhamento direto de um membro cada. Já o Distrito III contou com o acompanhamento de duas conselheiras até o início de 2005, que, mesmo já tendo a responsabilidade formal de acompanhar, cada uma, um dos outros quatro conselhos citados, se desdobraram para apoiar, em conjunto, este último.

4.3.4 Conselhos de Unidades de Saúde

A implantação dos conselhos de unidade de saúde, também chamados de conselhos gestores de unidade de saúde ou conselhos locais, constou como uma das propostas resultantes da 6ª Conferência Municipal de Saúde (RECIFE, 2003a).

No Relatório Final desse evento consta que tal implantação seria progressiva nas unidades de média complexidade e centros de referência (unidades de maior porte), sendo atribuídas aos conselheiros distritais a discussão e a implantação dos conselhos gestores nas unidades básicas de saúde.

Os conselhos de unidade também são formados por 50% de membros representantes de usuários, 25% de trabalhadores da saúde da unidade e 25% de gestores da unidade. São compostos por oito membros quando se tratar de unidade especializada ou centro de saúde, ou doze membros, no caso de unidade hospitalar ou policlínica. Seu principal foco é a “criação de estratégias e o controle da política de saúde do bairro” (RECIFE, 2003b).

Conforme quadro elaborado pelo CMS/Recife, em fevereiro de 2005, já estavam em funcionamento treze conselhos de unidade na Cidade, com a seguinte distribuição nos distritos sanitários: DS-I (02), DS-III (06), DS-V (03) e DS-VI (01).

4.3.5 Competências dos Conselhos

As competências do Conselho Municipal, relacionadas no artigo 3º do Regimento Interno, de caráter mais abrangente, podem ser classificadas em:

- a) formulação de estratégias, diretrizes e propostas de aperfeiçoamento do SUS (incisos I a V e IX);
- b) fiscalização da execução física, financeira e orçamentária das ações e serviços de saúde (incisos VI a VIII e X);
- c) fomento à participação social via implementação de outros conselhos, realização de conferências de saúde e audiências públicas, e criação de comissões (incisos XI e XIII a XV).

Os conselhos distritais e de unidade, conforme modelos de regimento interno propostos pelo CMS/Recife, possuem nove competências em comum, a saber:

- a) deliberar restritivamente sobre as questões distritais/locais, obedecendo à política e aos planos municipal e distrital de saúde;
- b) receber e deliberar sobre denúncias de usuários e trabalhadores;
- c) propor ações de melhorias dos serviços prestados, de acordo com as demandas da comunidade;
- d) acompanhar e avaliar o impacto das ações de assistência à saúde e vigilância nos indicadores de saúde do local;
- e) propor ações de aprimoramento da participação popular e controle social;
- f) fiscalizar a aplicação das políticas e dos planos municipal e distrital de saúde;
- g) contribuir na articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e educação em saúde;
- h) organizar as eleições de sua renovação em concordância com os conselhos

municipal e distrital;

- i) elaborar relatórios trimestrais (no caso de distrito) e semestrais (unidade) da situação local de saúde para os conselhos municipal e distrital e para os gestores municipal e local.

4.3.6 Relacionamento entre os Conselhos de Saúde

O CMS/Recife se relacionava com os conselhos distritais por meio dos componentes da já mencionada “Comissão de apoio e articulação entre os conselhos e demais espaços do controle social”. Esses atores, conforme constatado pelo pesquisador no decorrer da observação, participavam das reuniões dos conselhos distritais para os quais foram designados, levando as atas mais recentes do Conselho Municipal para o distrito e comentando as atividades desempenhadas e principais deliberações havidas no nível municipal.

Eles também atuavam como disseminadores de boas práticas de atuação no controle social, inclusive no que tange ao funcionamento das secretarias executivas distritais, práticas essas verificadas no próprio CMS/Recife, assim como nos demais conselhos distritais, das quais têm conhecimento direto, via participação nas reuniões de outros conselhos distritais (a exemplo das duas apoiadoras do CD-III, a ele vinculadas na época da observação), ou por informação passada pelos demais membros daquela Comissão.

A depender dos assuntos pautados para o CMS/Recife, também ocorria o comparecimento de conselheiros distritais nas reuniões do CMS/Recife, sem direito a voto, mas no intuito de incrementar a representação do distrito, que já contava com um membro de cada RPA, seja apresentando informações e demandas ou simplesmente fazendo pressão pela presença física, no momento da discussão de questões de interesse distrital.

Já os conselhos de unidade também se faziam presentes nas reuniões dos conselhos distritais, de forma análoga ao que foi relatado acima, com a participação de seus membros para acompanhar as discussões e decisões do conselho distrital, e influir, quando necessário, com a presença física, fornecimento de informações e a colocação de demandas, nas questões afetas à sua unidade de saúde e/ou à área do distrito por ela coberta.

Também deveria ocorrer a participação de conselheiros distritais nas reuniões de conselhos de unidade, dentro da competência estabelecida regimentalmente de “estimular e orientar, junto com o CMS, a instalação de conselhos gestores de unidades” (art. 3º).

Essa participação de membros de conselhos de um nível (unidade ou distrital) nas reuniões de um conselho de nível superior (distrital e municipal) e vice-versa, foi informada por alguns entrevistados, bem como testemunhada nas reuniões em que o pesquisador esteve presente como observador, no CMS/Recife (na fase exploratória) e no próprio Conselho do Distrito Sanitário III.

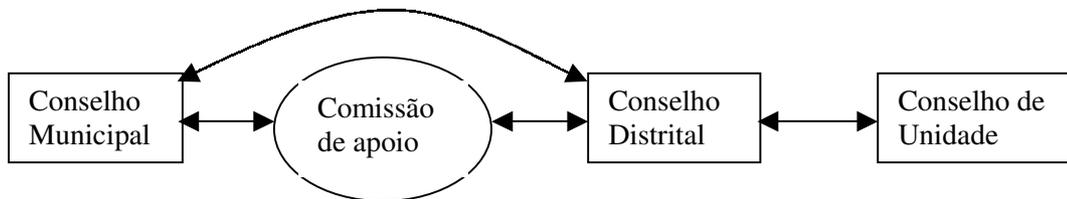


Figura 2 (4) – Relacionamento entre os conselhos de saúde do Recife

A hierarquização entre conselhos transparece formalmente nos regimentos em dois aspectos: a) a deliberação em questões da unidade de saúde ou do distrito (a depender do nível do conselho: local ou distrital) é restritiva, devendo necessariamente respeitar a política e os planos municipal e distrital de saúde, as deliberações da Conferência Municipal de Saúde e as do Conselho Municipal de Saúde; e b) as denúncias de usuários e trabalhadores que não encontrarem solução no nível da unidade de saúde devem ser encaminhadas ao conselho

distrital, e as denúncias recebidas no distrito, que não encontrarem solução nesse nível (incluindo aquelas originadas nos conselhos de unidade) devem ser encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde.

4.4 Controle Social no Distrito Sanitário III

4.4.1 O Distrito Sanitário III

O Distrito Sanitário III (DS-III) está localizado na região noroeste da Cidade do Recife e sua área corresponde à 3ª Região Político-Administrativa (RPA-3) do Município.

O DS-III é formado por 29 bairros, ocupando uma área de cerca de 7,5 mil hectares. Esse distrito é bastante heterogêneo em diversos aspectos: topografia (morros e planícies), densidade populacional, renda familiar, infra-estrutura urbana, abastecimento d'água e saneamento. Nele, “os indicadores de saúde refletem o baixo poder aquisitivo e educacional, bem como as precárias condições de moradia e saneamento da maioria da população” (RECIFE, 1997, p.47).

O DS-III foi o primeiro a ser instalado em 1994, “em reconhecimento à sua importância no contexto urbano e a força das suas organizações comunitárias que estruturam a vida política e social de uma parte da cidade que se costuma chamar de ‘Grande Casa Amarela’”. Com uma população estimada em torno de 300 mil pessoas para o ano de 2005, é o segundo distrito sanitário do Recife em população residente e o primeiro em extensão territorial (ARAÚJO & ALBUQUERQUE, 2005).

Quanto à rede assistencial, o DS-III contava em abril de 2005 com 21 (vinte e uma) unidades de saúde da família (USF) e 37 (trinta e sete) equipes (DS-III, 2005). Também havia 14 (catorze) unidades básicas de saúde, uma unidade de pediatria, uma policlínica e maternidade e um hospital geral (RECIFE, 2005).

A gerência do distrito é o comando gerencial local e mais periférico do sistema de saúde, podendo ser comparada a uma secretaria de saúde, mas com restrições políticas e financeiras. É responsável pela coordenação das ações de saúde no distrito, de acordo com os princípios e diretrizes da SMS/Recife (DS-III, 2005).

Em termos administrativos, o DS-III é composto por quatro departamentos, a saber: Departamento de Atenção à Saúde (DAS/DS-III), Departamento de Vigilância à Saúde (DVS/DS-III), Departamento de Recursos Humanos (DRH/DS-III) e Departamento Administrativo Financeiro (DAF/DS-III). Diretamente ligados à gerência ainda existem o almoxarifado e o Serviço de Educação em Saúde (SES/DS-III), este último responsável pelos trabalhos educativos em todos os departamentos, realização de campanhas, cartilhas e capacitações (DS-III, 2005).

Nesse distrito, já existem seis conselhos de unidade de saúde, sendo dois ainda remanescentes das grandes unidades de saúde municipalizadas na década de 90 e quatro criados implementados em agosto de 2004. Entre eles está o único conselho de PSF existente na Cidade (USF do Córrego da Bica).

4.4.2 Criação dos Conselhos de Saúde no Distrito III

Os registros das primeiras ações da gerência distrital, preparatórias para a criação de conselhos de saúde no Distrito III, tanto nas unidades de saúde, quanto em nível distrital, datam de fevereiro de 2003.

A partir do exame do quadro “Resumo das reuniões pró-conselhos de saúde” e de cópia parcial das atas desses encontros, obtidos por ocasião da pesquisa documental, foi possível constatar que houve seis reuniões naquele sentido, envolvendo gerentes do Distrito, gerentes de unidades de saúde, incluindo PSF, e convidados externos, entre fevereiro e junho de 2003.

No primeiro encontro, em 12.02.2003, uma especialista convidada fez uma apresentação sobre o histórico da implantação do SUS e discorreu sobre a importância dos conselhos para a construção do controle social. Foi também formada uma comissão para ampliar a discussão e proposto um conjunto de etapas para constituição de conselhos gestores de unidades de saúde e do distrito sanitário, quais sejam:

- a) definição política de instituição dos conselhos;
- b) sensibilização dos agentes e sujeitos sociais, potenciais participantes dos conselhos (direção e gerentes de unidades de saúde, trabalhadores em saúde, sociedade civil usuária dos serviços de saúde);
- c) seminário de nivelamento sobre controle social (arcabouço jurídico do controle social, o Sistema Único de Saúde, papel social e competência do conselho gestor, competências dos conselheiros de saúde, agenda do conselho gestor, mapeamento epidemiológico, sócio-econômico, territorial, ambiental e habitacional);
- d) plenária com a participação dos três segmentos para deliberar sobre o processo de constituição e cronograma do conselho: comissão pró-conselho gestor, data da plenária de constituição do conselho e eleição dos conselheiros, composição do número de conselheiros e definição da data de posse;
- e) definição das necessidades físicas, políticas, estruturais e logísticas do conselho.

Nessa primeira reunião, foi realizado um debate, tendo sido levantados questionamentos quanto à existência de conselhos gestores em PSF e ao funcionamento dos conselhos gestores em duas unidades de maior porte, já existentes antes da passagem desses estabelecimentos para a gestão municipal.

As propostas e ações resultantes das reuniões seguintes podem ser assim sintetizadas:

- 1) Reunião de 25.03.2003: apresentação do levantamento dos nomes das novas e antigas lideranças de movimentos populares do Distrito III;
- 2) 1ª Reunião da Comissão Pró-Conselho em 08.04.2003 (decisões):
 - a) levar a discussão dos conselhos de saúde para as entidades sociais;
 - b) eleger o conselho distrital na conferência distrital de saúde;
 - c) exigir vínculo com alguma atividade na área de saúde como critério para participação em conselho;
 - d) conhecer os conselhos de unidade já existentes (Maternidade e Policlínica Barros Lima e Centro de Saúde Albert Sabin);
- 3) 2ª Reunião da Comissão Pró-Conselho em 22.04.2003 (decisões):
 - a) solicitar apoio da comissão de assessoria do Conselho Municipal;
 - b) capacitar os conselhos já existentes;
 - c) realizar seminário para sensibilização (lideranças, entidades e população em geral);
 - d) levar a discussão para as entidades;
- 4) 3ª Reunião da Comissão Pró-Conselho em 06.05.2003 (decisões):
 - a) redigir convite para todas as pessoas inicialmente convidadas, encaminhando um breve resumo das reuniões que ocorreram;

- b) convidar integrante da comissão de assessoramento do Conselho Municipal;
- c) construir um cronograma para viabilização do conselho distrital;

Vale registrar que a exigência de “vínculo com alguma atividade na área de saúde como critério para participação em conselho”, proposta na 1ª Reunião da Comissão Pró-Conselho, de 08.04.2003 (item 2, alínea “c” acima) não chegou a ser posta em prática.

4.4.3 Implantação do Conselho do Distrito Sanitário III

A eleição dos conselheiros de saúde do Distrito Sanitário III ocorreu na plenária distrital, realizada em julho de 2003, reunião preparatória para a 6ª Conferência Municipal de Saúde, na qual ainda foram escolhidos os delegados distritais para participação nesse evento.

A plenária distrital é aberta ao público, mas somente têm direito a voto os pré-delegados eleitos nas plenárias micro-regionais. A candidatura à eleição para o cargo de conselheiro é feita individualmente na hora da reunião. Uma vez inscritos os candidatos é realizada a eleição. Após apurados os votos, o conselheiro titular será aquele mais votado no seu segmento (trabalhador em saúde, morador ou representante de entidade) e microrregião (3.1, 3.2 ou 3.3) pelos quais se inscreveu, e o seu suplente será o que atingir a segunda maior votação. Assim, como não há a formação prévia de chapas titular/suplente, não são pressupostos subordinação ou mesmo compromisso de atuação conjunta ou coordenada entre os conselheiros titulares e respectivos suplentes.

A primeira reunião do Conselho do Distrito III (CD-III) ocorreu em outubro de 2003, antes mesmo da posse formal dos seus membros, ocorrida em dezembro do mesmo ano.

O CD-III foi apontado pelos informantes consultados na fase exploratória como

uma referência a ser seguida pelos demais conselhos, sendo reputado como muito ativo e já consolidado. Considerando o pioneirismo desse colegiado, a diversidade sócio-econômica e histórico de mobilização popular do DS-III, bem como o fato desse distrito abrigar a metade de todos os conselhos gestores de unidade então em atividade, o CD-III foi escolhido como objeto desta pesquisa.

Quanto ao regimento interno em vigor (CD-III, 2004), vale registrar que houve adaptações locais à proposta de regimento divulgada pelo CMS/Recife em outubro de 2003 (CMS, 2003). Dentre essas mudanças está a alteração do texto da quarta competência do conselho distrital (inciso IV do artigo 3º). No modelo proposto pelo CMS/Recife, o texto é o seguinte: “IV – acompanhar e avaliar o impacto das ações de assistência à saúde e vigilância nos indicadores de saúde do local”. O texto adotado pelo CD-III ficou sendo: “IV – discutir e acompanhar a prestação de contas do Distrito Sanitário III das ações de saúde, bem como os recursos utilizados para sua execução”.

Percebe-se que foi abandonada a pretensão de se fazer uma “avaliação de impactos das ações de saúde nos indicadores locais” em troca de se buscar “discussão e acompanhamento da prestação de contas do distrito, tanto de ações quanto dos recursos utilizados”.

Essa modificação foi investigada quando da pesquisa documental efetuada no DS-III. Na ocasião, a Gerente Distrital, que também preside o Conselho de Saúde, informou que a alteração, que veio a ser acolhida pelo Colegiado, foi sugerida pelo Distrito por entender que avaliação de impacto somente seria possível através de uma pesquisa científica, que não poderia ser realizada na prática pelo Conselho. Além disso, o novo inciso, que prevê a discussão e acompanhamento da prestação de contas do distrito, estaria de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90).

Até março de 2005, as atas das reuniões eram lidas, ajustadas e aprovadas na

reunião seguinte e então manuscritas em um livro de atas. Não havia distribuição de cópias das atas aprovadas aos conselheiros, para que, entre outras coisas, pudessem ser eventualmente divulgadas as deliberações do colegiado junto a seus representados. Essa situação foi objeto de reclamação por parte de alguns participantes na reunião de 1º de março de 2005, e de uma proposta, acolhida por unanimidade, para que as referidas cópias passassem a ser distribuídas, o que de fato passou a ocorrer a partir de abril de 2005.

Durante a fase exploratória, em duas reuniões ordinárias desse Conselho³, foi colocado em pauta que a participação de alguns membros titulares vinha diminuindo, tendo sido debatidos nessas reuniões os possíveis motivos desses afastamentos. Como resultado das discussões, foi decidido, na segunda dessas reuniões, que fosse feito um levantamento detalhado da situação e que fosse cumprido o Regimento Interno, que prevê o desligamento do membro titular que faltar, no período de um ano, a três reuniões consecutivas ou quatro intercaladas. No caso dos representantes de entidades de usuários e de trabalhadores, foi deliberado que, na hipótese do excesso de faltas, seria comunicada a situação à entidade representada para que esta indicasse um participante substituto.

Dessa iniciativa resultou a formalização do desligamento de dois conselheiros não gestores (um trabalhador titular e um representante de entidade suplente). Uma terceira conselheira (titular, representante de moradores), que nunca participou de qualquer atividade no Conselho, somente veio a ser localizada em abril/2005, mas não chegou a formalizar seu desligamento.

³ Em 15 de fevereiro e 1º de março de 2005.

4.5 Pesquisas sobre conselhos de saúde

Na fase exploratória, conforme está descrito no Capítulo 5 – Metodologia, foram pesquisadas diversas fontes bibliográficas em busca de referências teóricas e de pesquisas anteriores que versassem sobre conselhos de saúde.

Dentre os estudos prévios encontrados, foram escolhidos, tendo em vista o tema da disponibilidade e aproveitamento de informações para controle social a ser explorado, aqueles que enfocaram, dentre outros aspectos, a disponibilidade de informações, as condições de acesso a fontes de informação, bem como a capacidade de compreensão e o aproveitamento das informações por conselheiros de saúde.

Assim, neste capítulo, são resumidas as principais constatações e conclusões de cinco pesquisas acadêmicas (quatro dissertações de mestrado e uma tese de doutorado) e da pesquisa empreendida pelo Ministério da Saúde, em maio de 2003, como subsídio à definição temática da Oficina de Trabalho “Informações em Saúde para o Controle Social” (MS, 2004).

Os achados desses estudos anteriores serviram de base para a formulação do problema, construção dos objetivos e proposta da metodologia deste trabalho.

Os dois primeiros se referem, respectivamente, a estudos de caso sobre o Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco e o Conselho Municipal de Saúde do Recife, capital daquele Estado. Eles foram as mais importantes referências para o presente trabalho porque se referem a colegiados da mesma região, e que configuram as duas instâncias sequencialmente superiores (municipal e estadual) do conselho distrital estudado. Além disso, ambos convergem ao apontar disponibilização deficiente de informação aos conselheiros por parte dos gestores (em termos de qualidade e tempestividade), e fragilidades tanto na articulação entre os segmentos representados nos conselhos, quanto na relação dos representantes com suas entidades de origem.

Os três estudos de caso seguintes se referem a conselhos de outras regiões: Ribeirão Preto-SP, Santana do Ipanema-AL, e Brejo da Madre de Deus e Petrolina-PE. Apesar de não se concentrarem na questão da informação para controle social, confirmam dificuldades naquela área também nesses outros conselhos municipais e trazem outras constatações quanto a limites e potencialidades dos conselhos para construção da cidadania, um exemplo de controle social sobre o fundo municipal de saúde, e ainda a questão da formação dos conselheiros e suas implicações no seu desempenho.

A pesquisa do Ministério da Saúde, sintetizada por último, enfatizou a avaliação do uso de sistemas de informação em saúde nacionais e das condições de acesso a eles.

Todas as pesquisas, à exceção da última (*survey*), tiveram abordagem qualitativa, tendo sido utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: observação participante nas reuniões, pesquisa documental da legislação, atas, resoluções e outros documentos relativos aos conselhos estudados e da gestão local de saúde, assim como a realização de entrevistas semi-estruturadas com conselheiros e gestores.

4.5.1 CES/Pernambuco

Título: Comunicação e Passivização: Um estudo sobre a participação dos representantes de usuários e trabalhadores de saúde na gestão da política de saúde no Estado de Pernambuco (ALBUQUERQUE, 2000).

Descrição: Estudo da comunicação como construção de consensos no processo de participação dos grupos subalternos [trabalhadores e usuários], inseridos no Conselho Estadual de Saúde – CES/PE, na gestão da Política Estadual de Saúde de Pernambuco.

Constatações quanto à disponibilidade e uso da informação para controle social:

As informações disponibilizadas se referem a questões em que há interesse da Secretaria Estadual de Saúde pela aprovação do CES/PE, e não são disponibilizadas com a

antecedência necessária à avaliação adequada pelos conselheiros. Mesmo quando o são, são fornecidas numa linguagem de difícil compreensão, resultando na participação efetiva de poucos conselheiros nas discussões.

Conclusões:

O estudo revelou que a participação dos grupos subalternos [trabalhadores e usuários] na chamada “gestão participativa em saúde” tem, na atualidade, pouca influência no direcionamento da política de saúde no Estado de Pernambuco. A informação institucional em saúde que é disponibilizada não vem promovendo uma interlocução, mas, na maioria das vezes, tem buscado legitimar as propostas institucionais. Os conselheiros, por sua vez, não têm produzido nem sintetizado informações em saúde, a partir de dados oriundos dos usuários e trabalhadores em saúde, no sentido de poder re-contar a realidade dos serviços de saúde, sob o ponto de vista desses segmentos sociais. ... Há uma explícita fragilidade na relação do conselheiro com sua entidade de origem, uma incipiente articulação dos conselheiros entre si e entre os segmentos sociais acima mencionados ... (Resumo)

4.5.2 CMS/Recife-PE

Título: Representação, Participação e Defesa de Interesses no Processo de Democratização da gestão da política de saúde - a questão do CMS/Recife (SILVA, 1997).

Descrição: Estudo de caso enfocando a representação, participação e defesa de interesses na política municipal de saúde através do Conselho Municipal de Saúde do Recife.

Constatações quanto à disponibilidade e uso da informação para controle social:

Nos aspectos decisórios referentes ao planejamento e financiamento, os conselheiros de saúde apontaram várias dificuldades no exercício da representação / participação, dentre as quais destacamos: a fragilidade do vínculo orgânico do representante e a sua base social; a inexperiência quanto à inserção em processos participativos; a falta de formação dos conselheiros; a metodologia utilizada pelo executivo; a pressão para aprovação de questões; o uso do saber técnico para impor decisões, que deveriam ser, também, de caráter político; a falta de articulação entre os segmentos sociais no CMS; e os entraves burocráticos. A complexidade e o caráter técnico dos problemas e soluções, aliada à falta de informações, enfraquecem o Conselho de Saúde, enquanto espaço de participação e representação de interesses (p. 216-217).

Conclusões:

... se por um lado, o gestor local coloca resistências em incorporar a participação dos sujeitos políticos coletivos na formulação e decisão da política de saúde, por outro lado, a fragilidade da organização/mobilização dos conselheiros de saúde com a sua base social não favoreceu que a participação ocorra plenamente. Assim, o CMS-Recife não tinha ainda [em 1997] conseguido expressar um espaço democrático efetivo de negociação de interesses coletivos (p.219).

4.5.3 CMS/Ribeirão Preto-SP

Título: Participação Social no Sistema Único de Saúde: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SP (GONÇALVES, 1999).

Descrição: Análise da experiência de construção da participação social no Sistema Único de Saúde, tendo como objeto de estudo o Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, no período de 1991-1998.

Conclusões:

Procurou-se ... identificar relações estabelecidas entre os sujeitos sociais que compõem o Conselho, projetos de interesse e concepção de Direito à Saúde; buscou-se apontar limites e potencialidades do espaço de participação para a construção da cidadania. Principais limites: os temas são levados ao Conselho, apenas para aprovação, não oportunizando discussões prévias; ... alguns segmentos não levam para o Conselho suas demandas, utilizando outros canais; o corporativismo de alguns segmentos impede a publicização de projetos de interesse. Como potencialidade, verificou-se que os entrevistados têm no Conselho o fórum político legítimo para discutir e deliberar as diretrizes políticas para a saúde no município ... (p.2)

4.5.4 CMS/Santana do Ipanema-AL

Título: Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento (CORREIA, 2000).

Descrição: Estudo de caso sobre o Conselho Municipal de Saúde de Santana do Ipanema, em Alagoas, no qual se procurou verificar como se deu o controle social sobre a verba para o setor, concentrada no Fundo Municipal de Saúde (FMS).

Conclusões:

Os representantes que fizeram maior número de intervenções foram o gestor municipal da saúde, os trabalhadores da saúde e o representante das associações de moradores. Observou-se que os representantes do segmento de usuários mantiveram uma constante articulação com as entidades que representam, o que estabeleceu uma certa permeabilidade da gestão municipal às demandas da população ... O controle social sobre o FMS pelos conselheiros limitou-se à aprovação ou reprovação das prestações de contas e/ou pedidos de esclarecimentos sobre gastos efetuados ... O controle social sobre os recursos públicos da saúde é um desafio para os conselheiros, pois são inúmeras as dificuldades para sua efetivação. Primeiro, por ser uma prática recente, que vem substituir toda uma postura de submissão que levava a tratar os recursos como uma questão melindrosa e intocável, restrita à alçada dos burocratas e administradores. Muito caminho tem de ser trilhado para que o que é público se torne objeto de controle social. Depois, porque os instrumentos de prestações de contas ainda são muito complexos, o que dificulta a avaliação de receitas e despesas e a conferência das notas comprobatórias. Além disso, as informações sobre receitas são domínio do gestor, ficando a critério dele repassá-las ou não ao conselho. Existem muitos artifícios contábeis que harmonizam receitas e despesas, o que torna difícil sua verificação (p.133-136).

4.5.5 CMS/Brejo da Madre de Deus-PE e CMS/Petrolina-PE

Título: A participação nos conselhos municipais de saúde: a questão da formação dos conselheiros e suas implicações (BISPO, 1999).

Descrição: Estudo de caso sobre os Conselhos Municipais de Saúde dos dois municípios do Estado de Pernambuco situados fora da Região Metropolitana do Recife que já contavam com a gestão municipalizada do SUS (Brejo da Madre de Deus e Petrolina). Buscou-se analisar o processo de formação dos conselheiros de saúde e seu impacto na prática participativa destes “novos sujeitos políticos”.

Conceitos associados aos conselheiros, empregados na pesquisa: Formação é concebida como “um processo dinâmico que é construído e enriquecido a partir de diferentes experiências que o sujeito vivencia: acesso à educação formal, participação em cursos de capacitação, seminários, congressos, entre outros, e a participação em outros espaços políticos” (p.12). Permeabilidade seria a “capacidade de expressar o conjunto de interesses e demandas presentes na sociedade” (p.89). Autonomia significa a “capacidade de deliberar, ter iniciativas distintas e independente de ‘estímulos’ e pressões do poder estatal ou força política, garantindo a participação e o real controle social” (p.93). Articulação expressa “a capacidade de se relacionar com o gestor do SUS, entidades e instituições da sociedade civil organizada, outras áreas do setor público e da saúde em particular, objetivando a negociação e/ou defesa de direitos coletivos relativos á saúde” (p. 96).

Conclusões:

Com base nos dados coletados, pudemos observar que os conselheiros que possuem experiência de participação em outros espaços (principalmente políticos) e em cursos/oficinas de capacitação têm expressado uma participação mais qualificada (p. 104). Os demais não conseguem detectar as demandas gerais do município, indicam problemas pontuais das comunidades ou segmentos que representam, mantém uma relação acrítica com o gestor, muitas vezes clientelista, não conseguem viabilizar formas mais efetivas de articulação. A escolaridade não se mostrou como uma variável de muita relevância: atitudes dependentes, acríticas, corporativistas e/ou desarticuladas eram expressas independentemente do nível de escolaridade dos conselheiros. Contudo foi possível identificar diferenças na participação daqueles que participam de outros espaços políticos e cursos/oficinas de capacitação (p.105).

4.5.6 Ministério da Saúde

Como subsídio à definição temática da Oficina de Trabalho “Informações em Saúde para o Controle Social” (MS, 2004), promovida pelo Ministério da Saúde em maio de 2003, foi realizada uma pesquisa prévia com conselheiros. Quanto à esfera de atuação dos 59

respondentes, 15 conselheiros eram de conselhos municipais (25%), 24 de conselhos estaduais (41%) e 29 com atuação no CNS (49%), sendo que 10 conselheiros eram representantes de duas esferas de conselhos. Quanto aos segmentos representados, 44% eram usuários, 24% trabalhadores de saúde, 17% gestores e 12% prestadores de serviços de saúde.

Como resultado, foram sugeridos assuntos a serem tratados na Oficina de Trabalho por 46 dos respondentes, tendo ainda 52 deles contribuído com exemplos, em especial sobre instrumentos ou experiências sobre recursos financeiros, de mobilizações sociais, e de uso de veículos de comunicação.

Os pesquisados foram questionados sobre dois temas: a) avaliação de instrumentos; e b) uso de tecnologia e condições de acesso. Quanto ao primeiro tema, a pesquisa revelou que os sistemas de informação federais foram pouco citados como exemplos de meios utilizados nas atividades de conselheiro, a saber: Datasus (5), MS (4) e SIOPS (2). Similarmente, as páginas da Internet oficiais também foram pouco mencionadas: Datasus (5), MS e seus órgãos (5), CNS, IBGE, TSE, TSU, FNS (2). Isso contrasta com a indicação de “páginas da Internet” como sendo um meio de comunicação altamente utilizado pelos conselheiros nas suas atividades, referido por 64% dos respondentes, que foi o mesmo percentual, com empate na primeira colocação, alcançado por “Anais e Atas”.

Entretanto, ao se pesquisar o grau de importância de cada página de Internet para as atividades de conselheiro, considerando apenas a avaliação daqueles que conhecem as respectivas páginas mencionadas, destacaram-se, como as mais importantes, as do CNS (89%), Datasus (79%), Secretaria Estadual de Saúde (75%), Portal da Saúde (73%), CMS/CES (73%), IBGE (72%), e Conferência Nacional de Saúde Online (71%).

Em que pese a baixa representatividade de conselheiros municipais (25%), e a diminuta amostra não permitir generalizações, esses resultados trazem indícios da grande importância atribuída pelos conselheiros às informações disponibilizadas pelo Governo

Federal para aqueles que de fato as utilizam (páginas do Datasus, MS, SIOPS, CNS, etc.). Ao mesmo tempo, a pesquisa revelou que essa utilização ainda é pequena, não alcançando 10% dos conselheiros então questionados.

5 Metodologia de pesquisa

5.1 Fase exploratória

Na fase exploratória, tendo como base o anteprojeto elaborado em outubro de 2004, foram inicialmente realizadas entrevistas não estruturadas com uma integrante do Conselho Municipal de Saúde do Recife (CMS/Recife), assessora na Secretaria de Saúde Municipal (representante dos gestores), e que atuava como suplente da titular da Diretoria Geral de Planejamento (DGP) daquela Secretaria. Ela foi escolhida por ser pessoa chave naquele conselho, presidindo usualmente as sessões do colegiado, por escolha de seus pares, na ausência do Secretário Municipal de Saúde e de seus representantes legais.

Das informações obtidas nessas entrevistas iniciais foi sendo construído o projeto de pesquisa. Em síntese, foram realizadas as seguintes atividades: pesquisa documental da legislação, atas, resoluções e demais documentos no âmbito do CMS/Recife e do Conselho de Saúde do Distrito III; pesquisa documental de planos e relatórios de gestão da SMS/Recife; entrevistas não estruturadas com técnicos e dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde e dos Distritos Sanitários II e III, e com mais duas integrantes do CMS/Recife; pesquisa bibliográfica de temas correlatos e de trabalhos de pesquisa recentes sobre conselhos de saúde; observação participante em duas reuniões dos Conselhos Municipal de Saúde e em duas reuniões do Distrito Sanitário III.

As entrevistas adicionais foram realizadas com duas das conselheiras do Conselho Municipal do Recife (CMS/Recife), representantes de usuários, que faziam parte da “Comissão de apoio e articulação entre os conselhos e demais espaços do controle social”, responsável por apoiar a implantação dos conselhos distritais. Como resultados desses encontros foram obtidos dados do histórico dos conselhos distritais e dos conselhos das unidades de saúde, incluindo a obtenção do “Relatório de Avaliação 2004” dessa Comissão.

Além disso, foram estabelecidos contatos com a secretária executiva do conselho e com a gerência do Distrito Sanitário III.

A pesquisa documental no âmbito do CMS/Recife, nessa fase, consistiu na leitura da legislação respectiva (vigente e em tramitação na Câmara Municipal), e atas de reunião e resoluções produzidas entre os anos de 2002 e 2004. Também foram presenciadas três reuniões do CMS/Recife, entre outubro/2004 e janeiro/2005, sendo duas ordinárias e uma extraordinária.

Quanto à Secretaria Municipal de Saúde, foram entrevistadas duas técnicas e a titular da sua Diretoria Geral de Planejamento (DGP) a respeito do histórico dos distritos sanitários e do conselho municipal de saúde, das atividades da gestão da saúde com participação social (orçamento participativo, planos e conferências municipais de saúde), e à metodologia de pesquisa em saúde, tendo em vista que a Diretora mencionada é autora de uma das pesquisas anteriores sobre conselhos de saúde examinadas neste trabalho.

Também foram entrevistadas as gerentes dos distritos sanitários II e III, assim como a secretária executiva do Conselho Distrital deste último. Para compor a noção da rede de conselhos municipais de saúde, também foi entrevistada a presidente do conselho da unidade de saúde Maternidade e Policlínica Barros Lima, localizada no Distrito Sanitário III.

O quadro a seguir resume as entrevistas realizadas nessa fase:

Entrevistados (qtde. encontros)	Períodos
Conselheira do CMS/Assessora na SMS/Recife (2)	outubro e novembro/2004
Titular (1) e Técnicas da DGP (2)	novembro/2004 e fevereiro/2005
Conselheiras do CMS/integrantes da comissão de apoio aos conselhos distritais (2)	fevereiro/2005
Gerente do DS-II (1)	novembro/2004
Secretária Executiva do CD-III (1)	janeiro/2005
Presidente do CGU da “M. P. Barros Lima”	janeiro/2005
Gerente do DS-III (1)	fevereiro/2005

Quadro 1 (5) – Entrevistas realizadas na fase exploratória

Em paralelo, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), informações para gestão da saúde, epidemiologia, controle social em geral e na área de saúde, conselhos de saúde, distritos sanitários e metodologia de pesquisa qualitativa em saúde, contemplando diversas modalidades de publicação: livros, periódicos, artigos, dissertações e teses.

Nessa tarefa, em que foram examinadas também as referências sugeridas nas entrevistas realizadas e aquelas mencionadas em algumas pesquisas lidas inicialmente, foram utilizadas as seguintes fontes:

- a) Bases de dados e publicações disponibilizadas na Internet pelo Ministério da Saúde via DATASUS e pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme);
- b) Anais dos Encontros da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (Enanpad) de 1997 a 2004;
- c) Revistas especializadas, tais como: Revista de Administração Pública, Cadernos de Saúde Pública, Ciência & Saúde Coletiva, e outras disponíveis no portal “Periódicos” da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes);
- d) Bancos de teses e dissertações de diversas universidades disponíveis na Internet;
- e) Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPQAM) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz);
- f) Biblioteca Central e setoriais da UFPE: Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA), Centro de Ciências da Saúde (CCS), Centro de Educação (CE) e Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH).

5.2 Objeto de estudo

Considerando as informações e sugestões recebidas no decorrer da fase exploratória, foi escolhido como objeto de estudo o Conselho do Distrito Sanitário III.

Isso porque o CD-III foi o conselho distrital pioneiro (a primeira reunião foi realizada em outubro de 2003, antes mesmo da posse formal dos seus membros em dezembro do mesmo ano), e era apontado pelos informantes consultados como uma referência a ser seguida pelos demais conselhos, tendo reputação de colegiado muito ativo e já consolidado.

O Distrito Sanitário III (DS-III) tem um grande histórico de mobilização popular, é o segundo em número de habitantes e primeiro em área geográfica na Cidade do Recife, e ainda encerra uma grande heterogeneidade sócio-econômica dentre os seus 29 bairros.

Além disso, por ocasião do início da pesquisa, em abril de 2005, nele estavam seis conselhos de unidade de saúde, sendo dois ainda remanescentes das grandes unidades de saúde municipalizadas na década de 90 e quatro criados recentemente (cerca de um ano antes). A título de comparação, além desses seis conselhos do Distrito III, somente havia na cidade conselhos de unidades no Distrito I (dois conselhos), V (três conselhos) e VI (um conselho).

De forma similar às abordagens de Bispo (1997) e Silva (1997), foram coletados, por meio de questionário, dados do perfil dos conselheiros, tais como: faixa etária, gênero, escolaridade, atividade profissional, capacitações realizadas e participação em outros fóruns ou entidades, para estabelecer posteriormente possíveis relações das características individuais com as respectivas atuações no conselho e com as percepções obtidas nas entrevistas (vide Apêndice B).

O questionário foi aplicado inicialmente no momento da realização de uma reunião ordinária do CD-III em 1º de março de 2005, de forma a alcançar o maior número possível de conselheiros. Aqueles que não estiveram presentes foram procurados, com o

auxílio da secretaria executiva, para preenchimento nos dias seguintes. Ao todo, foram respondidos quinze questionários. Para facilitar o agendamento das entrevistas, foi solicitado aos respondentes informar quais os dias da semana, horários e locais seriam mais propícios para a eventual realização da entrevista.

Com o intuito de explicar o objetivo da pesquisa e estabelecer o compromisso de confidencialidade dos dados coletados, foi entregue, junto com o questionário, uma carta de apresentação (Apêndice A).

Com base no levantamento desses perfis via questionário e na pesquisa documental do desempenho do CD-III, que pretendeu revelar a participação dos conselheiros do ponto de vista formal (frequência a reuniões, informes, propostas encaminhadas, visitas, participação em eventos, etc.), foram definidas duas amostras de conselheiros a serem utilizadas, respectivamente, no teste do roteiro de entrevistas e na aplicação da versão definitiva do mesmo.

5.3 Estratégia e métodos de coleta de dados

À luz da experiência dos estudos prévios analisados, nos quais foram pesquisados objetos similares, optou-se pela realização de um estudo de caso com abordagem qualitativa.

Da mesma forma que nos exemplos estudados, os métodos de coleta de dados foram os seguintes: observação participante nas reuniões do Conselho do Distrito Sanitário III do Recife (entre fevereiro e julho de 2005); aplicação de questionário estruturado para os conselheiros representantes de trabalhadores e de usuários, titulares e suplentes (em março de 2005); realização de entrevistas semi-estruturadas com uma amostra desses conselheiros (junho/julho de 2005); e pesquisa documental das atas, legislação, resoluções, relatórios e outros documentos produzidos e/ou apreciados nesse Conselho, bem como sobre as

informações disponibilizadas pelo Distrito Sanitário III, pela SMS/Recife e nos sistemas de informação de saúde nacionais mantidos pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Também foram revisitadas fontes bibliográficas, tais como os “Cadernos de Saúde Pública” e “Ciência e Saúde Coletiva”, e adquiridos novos títulos sobre o tema da saúde pública e sobre metodologia de pesquisa qualitativa, em atendimento às recomendações da banca examinadora resultantes da apreciação do projeto de pesquisa.

A observação participante se mostrou particularmente valiosa para se estabelecer uma relação de confiança prévia entre o pesquisador e os entrevistados. Como adverte Cavedon (2003, p.150), “a maneira como o pesquisador se insere no campo de trabalho também é importante. Se o estudioso for introduzido no campo por pessoas que ocupam posições hierarquicamente superiores, caso os estratos inferiores não venham a ser alertados sobre o real significado do estudo, isto poderá afetar a pesquisa, dificultando inclusive a aceitação do pesquisador pelo grupo ou comunidade. A entrada em campo pelas mãos de um informante-chave também pode ser problemática, uma vez que esse indivíduo pode contaminar, com a ‘sua’ percepção acerca daquela cultura, a visão do pesquisador”.

Assim, em que pese ter sido introduzido nas reuniões do conselho por meio da secretária executiva (informante-chave), após obter a autorização da presidente do conselho e gerente do distrito (pessoa de hierarquia superior), o pesquisador pôde se apresentar e explicar diretamente os objetivos do estudo, em mais de uma ocasião.

A convivência durante sete reuniões, as conversas informais antes, nos intervalos e depois dos encontros, serviram para favorecer a sensibilidade, a empatia, “que deve se estabelecer entre pesquisador e informantes”, uma vez que “a riqueza ou pobreza dos dados coletados sofre uma influência muito grande desses aspectos tipicamente humanos” (CAVEDON, 2003, p.150).

Adicionalmente, foram efetuadas pesquisas documentais e entrevistas não estruturadas com dirigentes e técnicos do DS-III e da Secretaria Municipal de Saúde para levantamento da disponibilidade de informações para controle social por parte do CD-III (março e abril de 2005).

Não foi prevista a realização de entrevistas semi-estruturadas com os conselheiros representantes dos gestores distritais, já que a pesquisa buscou apreender a realidade percebida pelos representantes que não fossem do poder público. Por outro lado, esses conselheiros, na qualidade de gestores, assim como a secretaria executiva do CD-III, auxiliaram na coleta de dados, complementando lacunas ou dirimindo dúvidas na compreensão dos achados obtidos na pesquisa documental realizada no DS-III e na SMS/Recife.

Para teste do roteiro de entrevista, a exemplo de Albuquerque (2000), foi programada a aplicação de sua versão inicial numa pequena amostra que pudesse garantir a heterogeneidade presente nos representantes dos segmentos de interesse: moradores, representantes de entidades e trabalhadores em saúde. Os critérios adotados nessa amostragem, assim como o desenvolvimento das entrevistas, estão descritos no item 5.5 a seguir.

Quanto ao roteiro preparado inicialmente para as entrevistas semi-estruturadas (vide Apêndice C), conforme assinala Minayo (1999), visou “apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa”, servindo para orientar uma “conversa com finalidade”. Isso sem prejuízo da aplicação prévia do questionário, efetuada para “captar aspectos considerados relevantes para iluminar a compreensão do objeto, estabelecer relações e generalizações”.

5.4 Dados coletados

Com base nos objetivos propostos, tendo como exemplo as pesquisas anteriores examinadas, foi tentado coletar os seguintes dados:

Quanto ao perfil dos conselheiros: escolaridade, faixa etária, renda familiar, capacitação prévia em controle social e participação em outros espaços políticos.

Quanto ao desempenho do CD-III desde a sua criação: informes apresentados, pontos de pauta discutidos e decisões tomadas nas reuniões, e atividades desempenhadas pelas conselheiros e comissões criadas.

Quanto à percepção do papel do conselho e das atividades de conselheiro: o que os conselheiros achavam que deve fazer um conselho distrital e que atividades eles próprios deveriam realizar para exercer as suas competências de controle social.

Quanto à necessidade de informações para desempenho do papel de conselheiro: quais as informações que os conselheiros entendiam que seriam necessárias para esse desempenho.

Quanto às fontes das informações necessárias ao pleno cumprimento do papel de conselheiro distrital: quais informações a gerência distrital fornecia e quais deveria fornecer, e que outras fontes de informação eram eventualmente utilizadas.

Quanto aos graus de facilidade de acesso e de compreensão das informações: quais os graus de facilidade percebidos para acesso e para compreensão dessas informações nas fontes mencionadas.

Quanto à disponibilização de informações para controle social: informações apresentadas diretamente pela gerência distrital ao CD-III, e aquelas disponíveis na gerência distrital, em diversas áreas da Secretaria Municipal de Saúde e no DATASUS, passíveis de consulta pelos conselheiros.

A tipologia das informações para controle social adotada neste trabalho é aquela proposta por Albuquerque (2000), a saber: a) **informações financeiras, orçamentárias e contábeis**, referentes ao orçamento público, planos municipais e distritais de saúde, e do fundo municipal ou estadual de saúde; b) **informações epidemiológicas**, que traduzem o nível de saúde da população expressando os padrões de mortalidade e morbidade (incidência de doenças), fundamentais para o planejamento e avaliação dos serviços de saúde; e c) **informações sobre a produção de serviços e ações do gestor da saúde**, essenciais para a avaliação e fiscalização das políticas e dos planos de saúde previamente aprovados.

5.5 Sujeitos da Pesquisa

Primeiramente, vale registrar que os conselheiros não gestores, além de poderem ser titulares ou suplentes (categoria), e representarem trabalhadores da saúde, entidades sociais ou moradores (segmento), ainda são também estratificados pelas microrregiões que compõem o Distrito Sanitário (microrregiões 3.1, 3.2 e 3.3). Assim, existiam potencialmente 18 (dezoito) sujeitos de pesquisa, sendo uma dupla de representantes (titular e suplente) para cada uma das três microrregiões e segmento (trabalhador em saúde, morador ou representante de entidade social).

Quando do levantamento do perfil dos conselheiros de interesse da pesquisa (trabalhadores em saúde e usuários), somente foi possível entrar em contato com 15 (quinze) desses 18 (dezoito) conselheiros em potencial.

Isso porque dois deles (um trabalhador titular e um representante de entidade suplente) já haviam abandonado o Conselho há meses, tendo formalizado seus desligamentos justamente por ocasião desse levantamento, após serem abordados pela secretaria executiva do CD-III, conforme noticiado na Reunião Ordinária de 12 de abril de 2005 (vide Apêndice

F). Além disso, uma terceira conselheira (titular, representante de moradores), que nunca participara de qualquer atividade no Conselho, não foi mais localizada.

Desses quinze sujeitos em potencial, que tiveram seus questionários preenchidos, foram excluídos outros dois conselheiros, remanescendo, portanto 13 (treze) sujeitos. O primeiro excluído, representante de trabalhadores titular, mostrou-se muito arredo para dar informações, não tendo aceitado preencher o questionário quando da abordagem inicial, na reunião do CD-III de 1º de março de 2005, alegando ter de submetê-lo ao conselho gestor de unidade de que também fazia parte. O questionário respondido somente foi devolvido dias depois, após diversas solicitações por parte do pesquisador. Outra conselheira, representante de moradores suplente, ao ser contactada por telefone, disse desconhecer sua participação no CD-III, demonstrando desorientação. A mesma impressão foi causada à secretária executiva em outro contato à mesma época. Para essa conselheira, constava dos registros do CD-III uma única presença sua, registrada na lista de participantes da reunião ordinária de fevereiro/2004.

Conforme já mencionado no item 5.3 deste trabalho, para teste do roteiro de entrevista foi planejado um teste da sua versão inicial numa pequena amostra que pudesse garantir a heterogeneidade presente nos representantes dos segmentos de interesse: moradores, representantes de entidades e trabalhadores em saúde.

Assim, para a amostra de teste foram escolhidos 03 (três) sujeitos, todos suplentes, sendo um de cada microrregião do Distrito e, ao mesmo tempo, um por representação distinta (trabalhador, entidade e morador), concretamente: uma moradora da microrregião 3.1, um representante de entidade da microrregião 3.2 e uma trabalhadora em saúde da microrregião 3.3. A intenção foi garantir a heterogeneidade quanto à representação e à microrregião de origem. A escolha de fazer o teste somente com suplentes se deveu à estratégia de preservar ao máximo os membros titulares, que têm tido maior participação, para

comporem a amostra dos demais 10 (dez) sujeitos que seriam potencialmente entrevistados para efeito da pesquisa.

O quadro a seguir mostra a estratificação obtida, em que os treze sujeitos de pesquisa estão assinalados com a expressão “teste” ou “entrevista”:

	Microrregião 3.1		Microrregião 3.2		Microrregião 3.3	
Categoria > Segmento	Titular	Suplente	Titular	Suplente	Titular	Suplente
Trabalhador		entrevista		entrevista	entrevista	<u>teste</u>
Entidade	entrevista		entrevista	<u>teste</u>	entrevista	entrevista
Morador	entrevista	<u>teste</u>			entrevista	entrevista

Quadro 2 (5) – Estratificação dos sujeitos de pesquisa por segmento, categoria e origem

Conforme previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido a um comitê de ética em pesquisa (CEP), no caso o CEP do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, tendo sido aprovado. Também foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi firmado por todos os entrevistados e pelo pesquisador previamente à realização das entrevistas (vide Apêndice D). Desse Termo constam ainda um resumo do projeto de pesquisa e compromisso do pesquisador de manutenção do anonimato dos respondentes.

5.6 Desenvolvimento das entrevistas

Foram inicialmente agendadas as três entrevistas de testes. Uma delas não chegou a ser realizada porque a conselheira em questão, em que pese ter sido agendada a entrevista por três vezes, para o local e horários por ela escolhidos, a mesma não compareceu, alegando

sempre alguma dificuldade de ordem particular. O pesquisador decidiu não insistir, interpretando as três tentativas frustradas como sinal de desinteresse ou de constrangimento. Vale registrar que essa conselheira não compareceu a nenhuma das sete reuniões realizadas no período observado (fevereiro a julho de 2005).

Assim, foram realizadas apenas duas entrevistas para teste do roteiro. Desse teste, resultaram alguns ajustes no roteiro preliminar, de caráter formal, que consistiram na simplificação da linguagem empregada e no desdobramento de duas das questões (Anexo E).

Ao final de todas as entrevistas, os respondentes foram convidados a fazer comentários adicionais, se quisessem, tendo sido esse espaço utilizado pela maioria deles.

Tendo em vista os pequenos ajustes efetuados no roteiro, que não prejudicaram a completude das duas primeiras entrevistas realizadas, e considerando a realização plena das dez outras entrevistas planejadas, foram consideradas, na análise da percepção dos conselheiros, todas as doze entrevistas realizadas. Também, em respeito à coerência, foi analisado o perfil e desempenho dos conselheiros, constantes dos itens 6.1 e 6.2, tendo como base essa mesma amostra.

5.7 Análise dos dados coletados

Para transcrição e análise das entrevistas, foi utilizado o modelo de referência proposto por Mattos (2004), ajustado para este estudo. Os ajustes consistiram essencialmente na realização das transcrições não pelo próprio pesquisador, mas por uma pessoa contratada, e na não realização da validação posterior junto aos entrevistados, prevista na Fase Três do modelo de referência original, composto de cinco fases.

O modelo de referência prevê o desenvolvimento das seguintes fases:

Fase Um: Recuperação, em sentido amplo, do momento da entrevista, por meio da leitura das transcrições das gravações, elaboração de anotações preliminares, de memória, sobre significados que parecem emergir de alguns momentos especiais, e que ficaram no aguardo da análise. Os textos das várias entrevistas, com todas as anotações de referência (local, hora, circunstâncias especiais, etc.) tomadas no decorrer da coleta estiveram à disposição para serem trabalhados juntamente com a gravação oral.

Fase Dois: Análise básica do texto de entrevista, em duas “demãos”, e uma revisão delas. A primeira “demão”, de leitura e audição do texto, objetiva a observar como se desenrolou o contexto pragmático do diálogo, fazendo-se anotações de fatos, à margem do texto. A segunda “demão” foi dirigida a observar, pergunta-resposta a pergunta-resposta, os fatos do texto pragmático-semântico, como a responder três perguntas básicas: a) qual o significado nuclear da resposta; b) quais os significados incidentes – que não surgiram na linha direta da resposta à pergunta – mas são relevantes para os objetivos da pesquisa; e c) quais as suposições implícitas a respeito do contexto (organizacional, técnico, cultural, econômico, estratégico, etc.) relevantes ao tópico. A revisão tem o objetivo o intuito de melhorar a qualidade do material anotado, pois, salvo o caso de recusa de validação, a partir daqui o pesquisador deixará de trabalhar com os textos e gravações originais, só eventualmente vindo a recorrer a eles.

Fase Três: Validação. Consiste na confirmação do significado nuclear da resposta a cada pergunta, tal como entendido pelo pesquisador, pelo próprio entrevistado em seu aspecto semântico (“Eu entendi que o senhor/senhora respondeu ‘assim’ – ou ‘isso’ – à tal pergunta: estou certo?”).

Fase Quatro. Montagem da consolidação de dados para a fase seguinte de análise de conjuntos, criando uma “matriz de consolidação”. A consolidação consiste na transcrição dos dados colhidos, pelo menos os da análise dos significados nucleares das respostas, para

uma matriz de dupla entrada: em uma os entrevistados, possivelmente aproximados por características de estratificação, em outra, as perguntas. Na interseção, as respostas, que são as unidades básicas de análise.

Fase Cinco: Análise de conjuntos. Primeiramente, visualização dos fatos de evidência relativos a cada entrevistado, no conjunto das suas respostas, quando se identificaram “respostas retardadas” ou “antecipadas”. Em seguida, visualização dos fatos de evidência relativos a cada uma das perguntas. Em terceiro lugar, “pairando meditativamente” sobre todo o conjunto das entrevistas, fazer marcações de destaque sobre o que vale individualmente e sobre o que forma sentidos novos, quando visto em conjunto. Registram-se na coluna da extrema direita ou na inferior, conforme o caso, as observações conclusivas sobre conjuntos e subconjuntos. Em folhas complementares ficaram as observações conclusivas sobre os destaques individuais.

Neste trabalho, a Fase 1 foi realizada justamente como previsto no modelo. Para a Fase 2 (Análise básica do texto), foi construído um banco de dados com a ferramenta *MS-Access*, contendo os dados de perfil de cada entrevistado e, para cada pergunta, excertos das respostas dadas por ele àquela questão, localizadas na resposta à pergunta correspondente ou mesmo em outras perguntas, incluindo a última, que buscava captar comentários livres dos respondentes. Esse rearranjo das respostas possibilitou captar posteriormente os “significados incidentes – que não surgiram na linha direta da resposta à pergunta – mas que eram relevantes para os objetivos da pesquisa”.

Também foi criado um campo “observações” para resgatar diversos comentários relevantes, no julgamento do pesquisador, que não respondiam diretamente às questões colocadas nessa pesquisa, mais revelavam crenças e atitudes e traziam reclamações e sugestões pertinentes ao distrito, ao conselho e ao desempenho dos próprios conselheiros, configurando assim, “suposições implícitas a respeito do contexto”.

A montagem desse banco de dados, conforme previa a Fase 2, permitiu melhorar a qualidade do material anotado.

A Fase 3 não chegou a ser formalmente realizada posteriormente às entrevistas, tendo em vista a exigüidade de tempo do pesquisador. Em compensação, foi buscada a confirmação do significado nuclear das respostas junto aos entrevistados no decorrer das próprias entrevistas, sempre que foi possível, assim como, de forma complementar, no final de cada encontro.

Na fase seguinte (Fase 4 - montagem e consolidação dos dados), foi construída a “matriz de consolidação”. Na prática, a matriz consistiu na criação de um campo adicional para cada pergunta-resposta de cada entrevistado, no qual foi colocado o significado nuclear da respectiva resposta, a partir da síntese realizada pelo pesquisador, tendo como base os excertos transcritos na Fase 2, anotações de campo e demais realizadas no decorrer da Fase 1.

As sínteses das respostas e as observações adicionais, segmentadas em afirmações (expressões de crenças e atitudes), reclamações e sugestões, constituíram as unidades básicas de análise.

Na Fase 5 (análise de conjuntos), foram verificados os “fatos de evidência” relativos a cada entrevistado, no conjunto das suas respostas, tendo sido revisadas as “respostas retardadas” ou “antecipadas” identificadas anteriormente. Depois, uma vez ordenadas as respostas por pergunta, foram estudados os “fatos de evidência” relativos a cada uma das perguntas. No decorrer dessas verificações, foram feitas releituras das respostas originais e ajustes nas sínteses das respostas, as quais foram reorganizadas em quadros por pergunta. Esses quadros são apresentados no item 6.3 onde são apresentados e analisados os resumos das percepções dos entrevistados.

A análise posterior contemplou a busca de eventuais correlações dessas percepções com os atributos pessoais dos entrevistados (perfil), segmento representado,

categoria (titula/suplente), origem (microrregião), assim como com os respectivos graus de participação no conselho.

Também foram confrontados, com as conclusões dos estudos anteriores pesquisados na fase exploratória, o perfil dos entrevistados e os resultados do levantamento realizado quanto às informações disponíveis, atitudes da gerência distrital e percepções dos conselheiros. Dessa comparação foram apontadas divergências e convergências entre este e aqueles estudos, elencadas no capítulo 7.

Os dados coletados na pesquisa da disponibilidade de informações foram compilados considerando a utilidade que elas poderiam ter para um hipotético conselheiro distrital, que estaria interessado em conhecer indicadores de seu distrito, assim como em comparar o seu desempenho com a realidade municipal e de outros distritos.

5.8 Limitações

Este estudo de caso apresenta diversas limitações, dentre as mais importantes figura a impossibilidade de se fazer generalizações, tendo em vista ter se concentrado em um único caso e ser de caráter qualitativo, baseado em observação participante e sujeito à interpretação do pesquisador na análise das observações, dos documentos coletados e das entrevistas realizadas.

Além disso, expõe apenas estatísticas descritivas simples (distribuições de frequências) a partir de uma amostra possível (intencional) de conselheiros, que, apesar de englobar perfil e percepções de todos aqueles ativos no período da observação participante (fevereiro a julho de 2005), não contempla outros que não tiveram participação recente, mas que já foram ativos anteriormente e certamente influenciaram o desempenho do CD-III no início desse primeiro mandato, iniciado em outubro de 2003.

Como o livro de registro das atas de reunião utilizado até janeiro de 2005 foi extraviado na época da realização da fase exploratória do trabalho, em meados de fevereiro de 2005, as informações sobre as atividades desempenhadas pelo conselho, bem como sobre a frequência de comparecimento às reuniões e a qualidade da participação dos conselheiros até então, foram obtidas a partir do exame de fragmentos de registros das reuniões encontrados no DS-III e da percepção da secretária executiva coletada em entrevistas.

O presente estudo, por se referir a um distrito sanitário, no qual não havia autonomia orçamentário-financeira, e ainda diante do pouco interesse dos conselheiros sobre as finanças do distrito, pois apenas dois deles mencionaram essa demanda, findou não explorando a atuação do conselho distrital sobre o ingresso e as aplicação de recursos no distrito, prejudicando possíveis comparações com estudos anteriores que tratavam desse aspecto.

6 Resultados

6.1 Perfil dos conselheiros entrevistados

O quadro a seguir resume o perfil dos doze conselheiros entrevistados:

n°	segmento	categoria	micro	gên.	idade	escolaridade	ocupação atual (anterior)	renda (*)	vínculos com outros espaços
1	Entidade	Titular	3.1	M	37	médio completo	auxiliar administrativo	1 a 3	CM (dir), Sindicato
2	Entidade	Titular	3.2	F	59	superior completo	ass.parlamentar (professora)	3 a 5	CM, ONG
3	Entidade	Titular	3.3	M	42	médio completo	func. público e arte-educador	1 a 3	OP, CGU
4	Entidade	Suplente	3.2	M	59	fundamental completo	aposentado (feirante)	1 a 3	OP, CM
5	Entidade	Suplente	3.3	M	42	fundamental completo	policia militar	3 a 5	OP, AM (dir)
6	Morador	Titular	3.1	M	35	pós-graduação	coordenador pedagógico	3 a 5	Pastoral da Saúde
7	Morador	Titular	3.3	M	69	fundamental incompleto	aposentado (porteiro)	1 a 3	OP, CM (dir)
8	Morador	Suplente	3.1	F	53	fundamental incompleto	quitandeira (operária)	1 a 3	OP, CM
9	Morador	Suplente	3.3	M	46	fundamental completo	aposentado (auxiliar adm.)	1 a 3	OP, AM (dir)
10	Trabalhador	Titular	3.3	F	41	pós-graduação	enfermeira	+ de 5	Assoc. trabalhadores
11	Trabalhador	Suplente	3.1	M	44	pós-graduação	médico	+ de 5	
12	Trabalhador	Sup/Tit.	3.2	F	54	pós-graduação	médica	+ de 5	

(*) em faixa de salários-mínimos

Legenda: CM: membro de conselho de moradores; ONG: membro de organização não governamental; OP: delegado do Orçamento Participativo; CGU: membro de conselho de unidade de saúde; AM: membro de associação de moradores; (dir): dirigente do colegiado citado

Quadro 1 (6) – Perfil dos conselheiros entrevistados

Dos entrevistados, oito eram homens e quatro eram mulheres. A microrregião 3.1 teve quatro representantes, a microrregião 3.2 teve três, e a microrregião 3.3 teve cinco. A amostra menor da microrregião 3.2 é explicada pela perda de representantes que ela sofrera de dois titulares (um trabalhador e um morador), por desistência.

Três entrevistados eram representantes de trabalhadores, cinco eram de entidades e quatro representavam moradores. Quanto à categoria, seis eram conselheiros titulares e seis eram suplentes.

Todos entrevistados, à exceção dos dois trabalhadores suplentes, declararam ter vínculos com outros espaços políticos além do Conselho do Distrito III. Seis deles também eram delegados do Orçamento Participativo do Município. Sete eram membros de associações ou conselhos de moradores, nos quais quatro deles ocupavam cargos de direção.

Era um colegiado maduro, visto que as idades variavam de 35 a 69 anos, com média de 48,4 anos e mediana de 45 anos.

Metade dos pesquisados possuíam uma renda baixa (até três salários-mínimos), outros três tinham uma situação econômica um pouco melhor (três a cinco salários-mínimos) e os demais, todos representantes de trabalhadores, apresentavam renda maior que cinco salários-mínimos. Foi percebida uma forte correlação entre escolaridade e renda visto que dos cinco sujeitos com ensino superior completo ou pós-graduação, três estavam no patamar de renda superior (trabalhadores da saúde) e dois no intermediário.

A escolaridade e a renda eram nitidamente superiores para os representantes dos trabalhadores. Todos três possuíam pós-graduação e renda superior a cinco salários-mínimos.

Quanto às comparações de gênero com renda, escolaridade e idade, foram elaborados os quadros a seguir e obtidos os seguintes respectivos resultados:

g) gênero *versus* renda:

Renda (em S.M.)	Qtde. homens	Qtde. mulheres	Totais	Percentual Homens	Percentual Mulheres
1 a 3	5	1	6	83%	17%
3 a 5	2	1	3	67%	33%
Mais de 5	1	2	3	33%	67%
Totais	8	4	12		

Conclusão: Na amostra estudada, as mulheres possuíam proporcionalmente rendimentos maiores do que os homens.

h) gênero *versus* escolaridade:

Escolaridade	Qtde. homens	Qtde. mulheres	Totais	Percentual Homens	Percentual Mulheres
Pós-graduação	2	2	4		
Superior		1	1		
Subtotal superior	2	3	5	40%	60%
Médio completo	2		2	100%	0%
Fund. completo	3		3		
Fund. incompleto	1	1	2		
Subtotal fundam.	4	1	5	80%	20%
Totais	8	4	12		

Conclusão: Na amostra, as mulheres possuíam proporcionalmente maior escolaridade do que os homens.

i) gênero *versus* idade:

Faixa etária (anos)	Qtde. homens	Qtde. mulheres	Totais	Percentual Homens	Percentual Mulheres
35 a 40	2		2		
41 a 50	4	1	5		
Subtotal	6	1	7	86%	14%
51 a 60	1	3	4		
Mais de 60	1		1		
Subtotal	2	3	5	40%	60%
Totais	8	4	12		

Conclusão: Em termos de idade, as mulheres apresentavam proporcionalmente maiores idades do que os homens.

6.2 Desempenho do CD-III

No que tange ao desempenho do CD-III, esse estudo apresenta limitações porque o livro de registro das atas de reunião utilizado até janeiro de 2005 foi extraviado na época da realização da fase exploratória do trabalho, em meados de fevereiro de 2005. O referido livro chegou a ser folheado pelo pesquisador, mas não chegou a ser obtida cópia para análise

posterior. Apesar disso, foi observado, naquele exame superficial, que o registro de frequência dos conselheiros somente passou a constar das atas de reunião a partir de meados de 2004.

Em conseqüência, as atividades desempenhadas pelo Conselho, assim como a atribuição dos níveis de frequência e qualidade da participação dos conselheiros desde a sua implantação (outubro de 2003) até janeiro de 2005 inclusive, tiveram como base informações fornecidas pela secretária executiva e pelos dirigentes distritais, além do exame de rascunhos de anotações obtidos no DS-III e das listas de frequência de duas reuniões (fevereiro e agosto de 2004).

Por outro lado, as anotações produzidas na observação participante, realizada em sete reuniões ocorridas entre fevereiro e julho de 2005, sendo seis reuniões ordinárias e uma extraordinária (esta ocorrida em 06 de junho de 2005), e a análise posterior conjunta da atas resultantes, permitiram obter informações mais consistentes sobre o desempenho do colegiado para esse período mais recente.

O Regimento Interno previa no seu artigo 16 (CD-III, 2004) que a seqüência dos trabalhos nas reuniões ordinárias seguiria a seguinte pauta: I - verificação do *quorum*; II – apreciação e votação da ata da reunião anterior; III – Apreciação da pauta; IV – Apreciação e votação dos pareceres e resoluções; V- Discussão da pauta da próxima reunião; VI – Encaminhamentos; e VII – Informes.

Na prática observada, os informes, que deveriam ser o último item a ser trabalhado, precediam a apreciação da pauta (item III), sendo desenvolvidos logo após a apreciação e votação da ata de reunião anterior (item II). Essa aprovação da ata de reunião anterior, por sua vez, era tácita, não tendo sido verificada, no período de observação, qualquer questionamento, evidenciando um certo desinteresse coletivo. Vale registrar que a entrega da cópia da ata da reunião anterior, implantada a partir de abril de 2005, ocorria somente no início da reunião seguinte. Isso contribuía para transformar essa aprovação num procedimento

meramente formal, já que não havia tempo para uma análise detida prévia de seu conteúdo por eventuais interessados.

Após a aprovação da ata anterior, ocorria a inscrição dos conselheiros, e eventuais convidados e observadores, na lista de interessados em apresentar informes, sendo então franqueada a palavra a cada um na seqüência de inscrição. Realizada a apresentação dos informes, passava-se à leitura dos pontos de pauta trazidos pela secretária executiva (decorrentes de contatos prévios realizados por conselheiros, gestores ou não), e à adição de novos pontos sugeridos na hora pelos presentes.

À continuação, buscava-se acordar a seqüência de pontos de pauta e passava-se ao debate de cada um deles, podendo das discussões surgirem uma ou mais propostas de deliberação que eram então votadas pelos conselheiros titulares ou suplentes substitutos presentes.

6.2.1 Capacitação dos conselheiros

Em novembro de 2003, portanto três meses após a eleição dos conselheiros distritais, foi oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde um evento de capacitação (seminário), com duração de três dias, sendo um dia por semana, para todos os conselheiros municipais e distritais recém-eleitos. Dentre os conselheiros entrevistados neste estudo, apenas dois informaram ter tomado parte desse evento (n^os 1 e 6 do quadro 1 deste Capítulo).

Há registro, na reunião ordinária de 03 de agosto de 2004, da proposta de leitura de capítulos da cartilha “Direito à saúde com controle social”, editada pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), organização não governamental sediada no Rio Grande do Sul (CEAP, 2003), a título de contribuição para a capacitação dos conselheiros, tanto distritais quanto de quatro unidades de saúde, estes últimos que estavam então com a

posse marcada para o dia da próxima reunião do conselho distrital (1º de setembro de 2004).

As sessões de leitura não chegaram a ocorrer, mas, com base nessa cartilha, foi realizado um curso de capacitação, em duas turmas, com 20 (vinte) horas de duração cada, em novembro e dezembro de 2004, oferecido para todos os membros do conselho distrital e dos conselhos gestores de unidades do DS-III. O evento foi ministrado por uma assistente social, funcionária do próprio distrito. De acordo com a gerência distrital, foram alcançados altos níveis de participação e de satisfação dos conselheiros com o curso. Sete dos doze entrevistados participaram desse curso (nºs 3, 5, 7, 8, 9, 11 e 12 do quadro 1 deste Capítulo).

Segundo relatado posteriormente pela própria instrutora, e conforme consta do projeto da capacitação, foram estabelecidos quatro módulos: 1) cidadania e participação; 2) conselhos gestores; 3) a função pública do conselheiro; e 4) avaliação. Quanto à metodologia, foi adotada uma abordagem construtivista, com “a socialização dos conteúdos através de linguagens construídas no próprio grupo” (ROCHA, 2004).

Da análise do material fornecido, constatou-se que foi dada ênfase à conscientização dos participantes quanto ao papel esperado dos conselheiros e do colegiado como um todo, incluindo o estudo da legislação pertinente. Entretanto, não foi explorado especificamente como os conselheiros deveriam atuar na prática, ou seja, que atividades deveriam ser concretamente desenvolvidas por eles, nem que informações deveriam ser buscadas, e em que fontes, como subsídio ao controle social esperado.

Vale registrar o relato da instrutora sobre as dificuldades percebidas, de parte da maioria dos treinandos, de compreender a legislação aplicada ao SUS e aos conselhos de saúde, quando foi feita uma leitura dirigida e conjunta do material pertinente. Segundo a informante, ficou patente a baixa capacidade de decodificação dos textos, decorrente da baixa escolaridade e falta de hábito de leitura da maior parte dos conselheiros usuários (moradores e representantes de entidades).

6.2.2 Atividades entre outubro/2003 e janeiro/2005

A partir do exame de anotações no DS-III, do material apresentado ao conselho no decorrer do período pela gerência distrital, e da realização de entrevistas não estruturadas com a secretária executiva e com alguns dirigentes distritais, foi possível constatar a realização das seguintes atividades:

- j) discussão e aprovação do regimento interno do CD-III a partir do modelo proposto pelo CMS/Recife;
- k) criação das comissões permanentes (comissão executiva e de orçamento e comissão de acompanhamento e planejamento das ações e serviços de saúde);
- l) apreciação do planejamento 2003/2004 (“questões estratégicas”), apresentado pela gerência distrital (maio de 2004);
- m) apreciação da “avaliação das ações desenvolvidas 2001 a 2004” (julho de 2004);
- n) visitas a unidades de saúde (agosto a novembro de 2004);
- o) apreciação do relatório de avaliação 2004 e de perspectivas 2005 preparado por um dos conselheiros (novembro de 2004).

Quanto à criação das comissões permanentes, observou-se que houve a fusão de duas das três comissões previstas no modelo de regimento interno proposto aos conselhos distritais pelo CMS/Recife, ou seja, as funções da comissão executiva e da comissão de planejamento e orçamento, originalmente sugeridas, foram atribuídas a uma única comissão no CD-III, a comissão executiva e de orçamento. No período observado, tal comissão atuou apenas numa ocasião, ao examinar e dar parecer sobre o processo de compra de um imóvel para instalação de uma unidade de saúde da família (maio/2005).

Segundo informado pela secretária executiva, as visitas às unidades de saúde foram por ela organizadas e ocorreram por cerca de quatro meses. Todas quartas-feiras era disponibilizado transporte para que uma comitiva de conselheiros, quatro a cinco em média, fizesse visitas de supervisão nas unidades.

Ocorre que os conselheiros faziam questão de se fazerem acompanhar de alguém do distrito, tendo a própria informante tomado parte das primeiras visitas. Como nem sempre havia pessoas do distrito disponíveis no momento da saída da comitiva, a ausência de representantes dos gestores, na opinião dela, teria sido um dos fatores que levaram à desmotivação e ao paulatino abandono dos conselheiros.

Outra observação relevante é a inexistência, para esse período inicial de funcionamento do conselho, de registros documentais ou verbais dos entrevistados (gestores e demais conselheiros) sobre eventuais discussões havidas acerca das apresentações realizadas pela gerência do distrito (alíneas “c”, “d” e “f” acima). Assim como ocorreu no período subsequente, tratado no item 6.2.4 a seguir, não teria havido questionamentos sobre as informações formalmente apresentadas pela gestão distrital.

6.2.3 Frequência e participação dos conselheiros

A avaliação da frequência e da participação dos conselheiros desde a criação do colegiado (outubro de 2003) até o início da observação participante (15 de fevereiro de 2005), que já seria normalmente limitada pela não presença do pesquisador, ainda foi mais prejudicada pelo extravio do livro de atas desse período inicial já comentado anteriormente.

Mesmo assim, foi possível elaborar um quadro meramente qualitativo sobre a frequência e a qualidade da participação dos entrevistados, percebidas pela secretária executiva nesse primeiro período. Nesse quadro, “participação” do conselheiro agrega a

percepção dessa informante quanto à quantidade e qualidade das intervenções dos sujeitos nas reuniões, e ao interesse e dedicação demonstrados enquanto membros de comissões de trabalho e das equipes das visitas a unidades de saúde do distrito.

n°	segmento	categoria	micro	freqüência	participação
1	Entidade	Titular	3.1	alta	ótima
2	Entidade	Titular	3.2	média	boa
3	Entidade	Titular	3.3	alta	ótima
4	Entidade	Suplente	3.2	baixa	incipiente
5	Entidade	Suplente	3.3	alta	incipiente
6	Morador	Titular	3.1	alta	ótima
7	Morador	Titular	3.3	alta	ótima
8	Morador	Suplente	3.1	alta	regular
9	Morador	Suplente	3.3	alta	boa
10	Trabalhador	Titular	3.3	alta	ótima
11	Trabalhador	Suplente	3.1	baixa	regular
12	Trabalhador	Sup/Tit.	3.2	alta	boa

Quadro 2 (6) – Freqüência e participação dos conselheiros até janeiro/2005

O quadro abaixo mostra a freqüência dos conselheiros entrevistados às reuniões havidas entre 15 de fevereiro e 12 de julho de 2005, período da observação participante:

n°	segmento	categoria	micro	Reuniões: tipo e data							Freq. %
				Ord. 15/02	Ord. 01/03	Ord. 12/04	Ord. 10/05	Extra 06/06	Ord. 14/06	Ord. 12/07	
1	Entidade	Titular	3.1	T	T	T		T	T	T	86
2	Entidade	Titular	3.2	T		T			T		43
3	Entidade	Titular	3.3			T	T	T			43
4	Entidade	Suplente	3.2								0
5	Entidade	Suplente	3.3	S			S				29
6	Morador	Titular	3.1		T	T		T	T	T	71
7	Morador	Titular	3.3	T	T	T	T	T	T	T	100
8	Morador	Suplente	3.1				S		S		29
9	Morador	Suplente	3.3		S		S		S	S	57
10	Trabalhador	Titular	3.3		T	T	T	T	T	T	86
11	Trabalhador	Suplente	3.1								0
12	Trabalhador	Sup/Tit.	3.2				T	T	T	T	57
Total de presentes titulares:				3	4	6	3	5	5	5	
Total de presentes suplentes:				1	1	0	4	1	3	1	
Total de presentes:				4	5	6	7	6	8	6	

Legenda: T: comparecimento de membro titular; S: comparecimento de membro suplente.

Quadro 3 (6) – Freqüência dos conselheiros entre fevereiro e julho/2005

Como se percebe, a frequência às reuniões cresceu no decorrer do semestre da observação. Não houve, entretanto, uma regularidade no comparecimento dos conselheiros. Dentre os seis titulares da amostra, à exceção dos conselheiros nº 7 (sem faltas), dos de nºs 1 e 10 (com uma falta apenas) e do nº 6 (com duas faltas), os demais apresentaram baixa assiduidade (frequência de comparecimento menor que 60 %).

Quanto aos suplentes, dois deles (nºs 4 e 11), que não foram a nenhuma das reuniões no período observado, confirmaram, por ocasião das entrevistas, que entendiam que, na qualidade de suplentes, a sua participação no Conselho seria opcional, e que deveriam comparecer às reuniões somente quando houvesse impedimento dos respectivos titulares.

Apesar dessas afirmações, foi constatado que, na prática, não houve comunicação entre esses suplentes e os respectivos titulares, quanto às ausências destes últimos, tendo sido verificada a seguinte situação: a) no caso do suplente nº 4, a sua titular (de nº 2), representante de entidade da microrregião 3.2, esteve ausente em quatro reuniões, mas seu substituto não foi acionado; b) o titular do suplente nº 11 (representante de trabalhadores da microrregião 3.1), compareceu apenas a uma reunião no período, mas também não acionou o seu substituto. Esse conselheiro, inclusive, não foi incluído na amostra de entrevistados por ter se mostrado arredo quando da coleta do questionário, conforme já comentado no item que tratou da seleção dos sujeitos da pesquisa.

A suplente de nº 12 (representante de trabalhadores da microrregião 3.2) passou a ser assídua a partir de maio/2005, após ter sido comunicada pela Secretária Executiva do CD-III do desligamento formal do seu titular, que já não comparecia há tempo às reuniões. Nesse caso, a sua assiduidade passou a ser total a partir da data em que se tornou titular.

O suplente de nº 9 (representante de moradores da microrregião 3.3) compareceu a reuniões alternadas e à última delas, apesar do seu titular (nº 7) ter comparecido a todas. Analogamente, o suplente de nº 5 (representante de entidade da microrregião 3.3) e a suplente

de nº 8 (representante de moradores da microrregião 3.1) compareceram a duas reuniões cada, independentemente da presença dos respectivos titulares (nº 3 e nº 6).

Em resumo, constatou-se que a participação de suplentes nas reuniões não havia ocorrido em caso de impedimento dos respectivos titulares, à exceção do caso da entrevistada de nº 12, mas decorriam do entendimento que faziam de seu papel: **ou** se colocavam como substitutos, que deveriam comparecer somente em caso de impedimento dos titulares, **ou** se consideravam participantes naturais das reuniões, na medida de seus próprios interesses, sem levar em conta a presença ou não dos respectivos titulares.

O Regimento Interno não fazia distinção entre atribuições de membros titulares e suplentes, estabelecendo apenas que “a cada membro efetivo corresponderá um suplente”, não havendo qualquer menção à eventual vedação à participação de ambos numa mesma reunião. A única restrição, que não estava formalizada, mas que foi expressa verbalmente mais de uma vez nas reuniões observadas, seria a proibição de ser considerado o voto de um suplente quando o respectivo titular estivesse presente na mesma reunião.

Conforme já descrito, a candidatura à eleição para o cargo de conselheiro era individual. Não havia chapa eleitoral que vinculasse conselheiros titulares a suplentes. Na verdade, o conselheiro titular foi aquele mais votado no seu segmento (trabalhador em saúde, morador ou representante de entidade) e microrregião de origem (3.1, 3.2 ou 3.3), e o seu suplente foi o que atingiu a segunda colocação. Assim, não eram pressupostos subordinação ou compromisso de atuação conjunta ou coordenada entre os conselheiros titulares e respectivos suplentes.

No quadro a seguir, é feita a comparação das frequências dos entrevistados às reuniões entre os períodos de outubro de 2003 a janeiro de 2005 (baseada na percepção da secretária executiva) e de 15 de fevereiro a 12 de julho de 2005 (efetiva, baseada na observação participante do pesquisador), tendo sido convertidos os percentuais de

comparecimento deste último intervalo conforme o seguinte critério: 0% (nula), até 49% (baixa), até 74% (média) e de 75% em diante (alta).

nº	segmento	categoria	micro	Frequência entre outubro/2003 e janeiro/2005	Frequência entre 15/fevereiro e 12/julho/2005
1	Entidade	Titular	3.1	alta	alta
2	Entidade	Titular	3.2	média	baixa
3	Entidade	Titular	3.3	alta	baixa
4	Entidade	Suplente	3.2	baixa	muito baixa
5	Entidade	Suplente	3.3	alta	baixa
6	Morador	Titular	3.1	alta	alta
7	Morador	Titular	3.3	alta	alta
8	Morador	Suplente	3.1	alta	baixa
9	Morador	Suplente	3.3	alta	média
10	Trabalhador	Titular	3.3	alta	alta
11	Trabalhador	Suplente	3.1	baixa	muito baixa
12	Trabalhador	Sup/Tit.	3.2	alta	média

Legenda: “muito baixa” : 0% a 24%; “baixa” : 25% a 49%; “média”: 50 a 74%; e “alta”: 75% a 100%.

Quadro 4 (6) – Comparativo de frequências dos conselheiros

Como restou demonstrado, apenas quatro conselheiros (44,4%) que tinham frequência alta no primeiro ano, todos eles titulares, a mantiveram no segundo ano de mandato, pelo menos até julho de 2005 (nºs 1, 6, 7 e 10). Houve um certo equilíbrio entre segmentos, pois um era representante de entidade, dois eram moradores e um era representante de trabalhadores.

O outro titular considerado como de frequência “alta” no período inicial (nº 3, representante de entidade) reduziu sua frequência para “média”, e um outro, que tinha frequência “média” (nº 2, também representante de entidade) passou a “baixa”.

Dentre os seis titulares, cinco tinham frequência alta inicialmente. Porém, somente quatro deles a mantiveram. Os outros dois titulares tornaram-se menos assíduos, passando, respectivamente, de frequência “alta” para “média”, e de frequência “média” para “baixa”.

Todos os suplentes baixaram seu nível de comparecimento. Dois que já apresentavam uma frequência baixa (nºs 4 e 11) deixaram de comparecer no segundo ano. Os

outros quatro suplentes com frequência “alta” antes, passaram a “média” (nºs 9 e 12) e “baixa” (nºs 5 e 8).

nº	segmento	categoria	micro	outubro/2003 a janeiro/2005 (percepção da secretária-executiva)		15/fevereiro a 12/julho/2005 (percepção do pesquisador)	
				Frequência	Participação	Frequência	Participação
1	Entidade	Titular	3.1	alta	ótima	alta	ótima
2	Entidade	Titular	3.2	média	boa	baixa	incipiente
3	Entidade	Titular	3.3	alta	ótima	baixa	regular
4	Entidade	Suplente	3.2	baixa	incipiente	muito baixa	nula
5	Entidade	Suplente	3.3	alta	incipiente	baixa	regular
6	Morador	Titular	3.1	alta	ótima	alta	ótima
7	Morador	Titular	3.3	alta	ótima	alta	ótima
8	Morador	Suplente	3.1	alta	regular	baixa	incipiente
9	Morador	Suplente	3.3	alta	boa	média	boa
10	Trabalhador	Titular	3.3	alta	ótima	alta	ótima
11	Trabalhador	Suplente	3.1	baixa	regular	muito baixa	nula
12	Trabalhador	Sup/Tit.	3.2	alta	boa	média	regular

Legenda: “muito baixa” : 0% a 24%; “baixa” : 25% a 49%; “média”: 50 a 74%; e “alta”: 75% a 100%.

Quadro 5 (6) – Comparativo de frequência e participação dos conselheiros

Os conceitos de participação referentes ao período mais recente foram atribuídos pelo pesquisador, correspondendo igualmente à sua percepção quanto à quantidade e qualidade das intervenções dos sujeitos nas reuniões, e ao interesse e dedicação demonstrados enquanto eventuais membros de comissões de trabalho.

Quanto à categoria, a comparação revela que apenas os quatro conselheiros titulares que mantiveram a frequência alta no segundo ano de mandato (nºs 1, 6, 7 e 10) continuaram a apresentar um nível de participação “ótimo”. Os outros dois titulares (nºs 2 e 3), até pela diminuição significativa no comparecimento, tiveram seus níveis de participação bastante reduzidos.

Os suplentes, por sua vez, apresentavam uma menor vinculação entre frequência e participação. Quatro deles com alta frequência inicial tiveram suas participações percebidas

como “boa” e “regular” naquele período, não alcançando o mesmo conceito (“ótimo”) dos quatro conselheiros titulares de mesmo nível de frequência.

Apenas um dos suplentes (nº 9) manteve o nível de participação “bom”. Um outro (nº 5), apesar de ter reduzido sua frequência de “alta” para “baixa”, passou de um grau de participação “incipiente” para “regular”. Isso por ter se engajado numa comissão criada para negociação da paralisação de uma unidade, decorrente de uma greve de servidores federais.

Quanto à origem, constatou-se uma menor atuação da microrregião 3.2. Vale recordar que ela sofreu a perda de dois titulares (um trabalhador e um morador), por desistência, o que explica inclusive a sua menor participação na amostra de entrevistados. A sua suplente de moradores não chegou a participar, e a atuação efetiva da suplente dos trabalhadores somente ocorreu a partir de maio/2005, mesmo assim com participação variando de “boa” a “regular” (nº 12). Os demais representantes dessa microrregião na amostra de entrevistados (nºs 2 e 4), respectivamente titular e suplente do segmento de entidades, tiveram participação “incipiente” e “nula”.

Quanto ao segmento, todos os quatro representantes de moradores da amostra apresentaram uma frequência alta no primeiro ano, embora apenas dois deles a mantivessem no segundo período. Assim, para o segundo ano, não houve grande diferença nos segmentos quanto à frequência e grau de participação, havendo níveis variados nos três segmentos. A diferença residiu no fato de dois dos quatro conselheiros mais assíduos e atuantes (nºs 1, 6, 7 e 10) serem moradores. Os outros dois eram: um representante de entidade e um trabalhador.

Em síntese, houve um enfraquecimento da atuação dos membros do CD-III no seu segundo ano de mandato, restando, como sustentáculo do colegiado, um “núcleo” permanentemente assíduo e atuante, formado por quatro conselheiros titulares.

Para facilitar a comparação do perfil dos entrevistados com o respectivo grau de participação observado no CD-III, de fevereiro a julho de 2005, foi ordenada e dividida a amostra em três grupos, segundo esse mesmo grau de participação, a saber:

Grupo 1: núcleo “atuante” com participação ótima

nº	segmento	cat.	micro	g.	id.	escolaridade (peso)	rend. s.m.	part. outros espaços (qtde)	freqüência fev-jul/2005	participação fev-jul/2005
1	Entidade	Tit.	3.1	M	37	médio completo (3)	1 a 3	CM [dir], Sindicato (2)	alta (86%)	ótima
6	Morador	Tit.	3.1	M	35	pós-grad. (5)	3 a 5	Pastoral da Saúde (1)	alta (71%)	ótima
7	Morador	Tit.	3.3	M	69	fundamental incomp. (1)	1 a 3	OP, CM [dir] (2)	alta (100%)	ótima
10	Trab.	Tit.	3.3	F	41	pós-grad. (5)	5 +	Assoc. trabalhadores (1)	alta (86%)	ótima
Médias:					45,4	(3,5)		(85,6%)		

Grupo 2: grupo “intermediário” com participação “boa” ou “regular”

nº	segmento	cat.	micro	g.	id.	escolaridade (peso)	rend. s.m.	part. outros espaços (qtde)	freqüência fev-jul/2005	participação fev-jul/2005
9	Morador	Sup.	3.3	M	46	fundamental completo (2)	1 a 3	OP, AM [dir] (2)	média (57%)	boa
3	Entidade	Tit.	3.3	M	42	médio completo (3)	1 a 3	OP, CGU (2)	baixa (43%)	regular
5	Entidade	Sup.	3.3	M	42	fundamental completo (2)	3 a 5	OP, AM[dir] (2)	baixa (29%)	regular
12	Trab.	Sup. /Tit.	3.2	F	54	pós-grad. (5)	5 +		média (57%)	regular
Médias:					46	(3)		(46,5%)		

Grupo 3: grupo “não participante” com participação “incipiente” ou “nula”

nº	segmento	cat.	micro	g.	id.	escolaridade (peso)	rend. s.m.	part. outros espaços (qtde)	freqüência fev-jul/2005	participação fev-jul/2005
2	Entidade	Tit.	3.2	F	59	superior completo (4)	3 a 5	CM, ONG (2)	baixa (43%)	incipiente
8	Morador	Sup.	3.1	F	53	fundamental incomp. (1)	1 a 3	OP, CM (2)	baixa (29%)	incipiente
4	Entidade	Sup.	3.2	M	59	fundamental completo (2)	1 a 3	OP, CM (2)	muito baixa (0%)	nula
11	Trab.	Sup.	3.1	M	44	pós-grad. (5)	5 +		muito baixa (0%)	nula
Médias:					53,8	(3)		(18,0%)		

Legenda: CM: membro de conselho de moradores; ONG: membro de organização não governamental; OP: delegado do Orçamento Participativo; CGU: membro de conselho de unidade de saúde; AM: membro de associação de moradores; [dir]: dirigente de colegiado

Quadro 6 (6) – Comparativo de perfil, freqüência e participação dos conselheiros

Conforme já comentado, houve forte correlação entre escolaridade e renda, tendo esses dois atributos valores máximos para os três representantes dos trabalhadores, os quais, curiosamente, no que tange à participação no CD-III, ficaram separados, ou seja, um em cada um dos grupos supracitados.

A freqüência às reuniões acompanha o grau de participação, conforme se constata na comparação das duas últimas colunas do último quadro mostrado.

Quanto às comparações gerais do grau de participação com gênero, com escolaridade, com renda e com a quantidade de vínculos externos (participação em outros espaços políticos), foram elaborados os quadros a seguir e obtidos os seguintes respectivos resultados:

a) Grau de participação *versus* gênero:

Grupo	Qtde. homens	Qtde. mulheres	Totais	Percentual Homens	Percentual Mulheres
1 - atuante	3	1	4	37,5%	25%
2 - intermediário	3	1	4	37,5%	25%
3 - não participante	2	2	4	25%	50%
Totais	8	4	12	100%	100%

Quadro 7 (6) – Comparativo grau de participação e gênero

Conclusão: os homens participavam proporcionalmente mais do que as mulheres.

b) Grau de participação *versus* escolaridade:

Grupo	Nível Superior + Pós-grad.	Níveis Fundamental + Médio
1 - atuante	2 (40%)	2 (28,6%)
2 - intermediário	1 (20%)	3 (42,8%)
3 - não participante	2 (40%)	2 (28,6%)
Totais	5	7

Quadro 8 (6) – Comparativo grau de participação e escolaridade

Conclusão: não é possível estabelecer correlação considerável do nível de escolaridade com grau de participação, uma vez que havia a mesma quantidade de

conselheiros com alto nível de instrução (superior e pós-graduação), tanto no grupo “atuante” quanto no grupo “não participante”. Assim como, no grupo “intermediário”, existia também um pós-graduado. Cabe salientar que, dentre os quatro conselheiros do Grupo 1, dois tinham pós-graduação, um tinha ensino médio completo e o outro, considerado pelos seus pares um “conselheiro padrão”, possuía apenas ensino fundamental incompleto. Os três médicos, todos pós-graduados, se distribuíam um em cada um dos grupos. Essa independência entre o grau de participação e a escolaridade converge com o achado de um dos estudos anteriores (BISPO, 1999).

c) Grau de participação *versus* renda:

Grupo	1 a 3 S.M.	3 a 5 S.M.	5 + S.M.
1 - atuante	2 (33%)	1 (33%)	1 (33%)
2 - intermediário	2 (33%)	1 (33%)	1 (33%)
3 - não participante	2 (33%)	1 (33%)	1 (33%)
Totais	6	3	3

Quadro 9 (6) – Comparativo grau de participação e renda

Conclusão: como o perfil da renda é idêntico para os três grupos, não se verificou correlação com o grau de participação.

d) Grau de participação *versus* quantidade de vínculos externos:

Grupo	Membros sem vínculos	Membros com 1 vínculo	Membros com 2 vínculos	Soma dos vínculos do grupo
1 - atuante	0	2 (100%)	2 (25%)	6
2 - intermediário	1 (50%)	0	3 (37,5%)	6
3 - não participante	1 (50%)	0	3 (37,5%)	6
Totais	2	2	8	

Quadro 10 (6) – Comparativo grau de participação e vínculos externos

Conclusão: os grupos 2 e 3, curiosamente, possuíam, cada um, três membros com vínculos com dois outros espaços. O grupo 1, por sua vez, possuía apenas dois membros nessa situação. Isso poderia levar, inicialmente, à crença de que, quanto maior a vinculação “externa” tanto menor seria a participação no Conselho. Porém, se for considerada a soma dos vínculos “externos”, sem levar em conta as quantidades individualmente, percebe-se que é a mesma para todos os grupos. Isso mostra que a vinculação com outros espaços era considerável e igualmente distribuída nos três grupos, sendo, por isso, independente do grau de participação dos conselheiros no CD-III.

Ainda quanto a vínculos externos, vale salientar que a efetiva participação do entrevistado, e em que grau ocorria, nesses outros fóruns, não pôde ser verificada neste estudo. A conclusão aqui obtida diverge daquela resultante de um dos estudos anteriores (BISPO, 1999), que identificou diferenças para melhor na participação de **conselheiros municipais** que participavam de outros espaços políticos.

Já quanto à idade, observou-se que o Grupo 1 continha os três conselheiros mais jovens (35, 37 e 41 anos) e ao mesmo tempo o mais velho de todos (69 anos). O Grupo 2 continha uma faixa etária média (42, 42, 46 e 54 anos), destacando-se, entre “quarentões”, um conselheiro um pouco mais idoso, com 54 anos. A média de idade desses dois grupos era praticamente a mesma (45,4 e 46 anos). Já o Grupo 3 era majoritariamente formado por “cinquentões” (44, 53, 53 e 59 anos), à exceção de um deles, com 44 anos, com idade média de 53,8 anos.

Abstraindo-se das exceções verificadas em cada grupo, poder-se-ia concluir que quanto mais jovem mais participativo seria o conselheiro. Essa generalização, contudo, fica prejudicada pelo fato de justamente o conselheiro mais idoso (69 anos) ser um dos mais assíduos e participantes, além de ser percebido pela maioria dos membros do CD-III, gestores e não gestores, como um “conselheiro padrão”, um exemplo a ser seguido. Assim, uma

possível explicação para essa distribuição não seria a idade propriamente, mas sim a auto-motivação (“paixão”) esperável dos mais novos, pela energia e entusiasmo naturalmente inerentes aos mais jovens, e daquele senhor aposentado, que, além de igualmente auto-motivado, tinha disponibilidade de tempo para um exercício mais dedicado da função.

6.2.4 Atividades entre fevereiro e julho/2005

No período de 15 de fevereiro a 12 de julho de 2005, além da realização de sete reuniões (seis ordinárias e uma extraordinária), houve a atuação de algumas comissões formadas para exame de questões levantadas nas discussões. As atividades desenvolvidas nesse período estão resumidas por reunião no Apêndice F.

Nos quadros constantes dos Anexos G e H, foram quantificadas, por reunião, os informes apresentados e os pontos de pauta discutidos, estando os mesmos classificados por tipo de assunto, dentre (19) dezenove alternativas propostas pelo pesquisador.

Considerando que, às vezes, conselheiros faziam, em seus informes, reclamações e denúncias que acabavam por se transformar em pontos de pauta, alguns desses assuntos, trazidos como informes, mas que se tornaram pontos de pauta, foram considerados somente na coluna respectiva, ou seja somente como pontos de pauta. Por outro lado, informes desse mesmo teor, mas que não chegaram a ser considerados para discussão, ou seja, não se tornaram pontos de pauta, figuram, similarmente, somente na coluna de informes.

No quadro a seguir é apresentado um resumo geral, contendo os totais de informes e pontos de pauta tratados nas sete reuniões observadas, classificados por tipo de assunto.

Tipos de assunto:	qtde. de Informes	qtde. de Itens de pauta
1. Participação de conselheiro em outros espaços políticos e em eventos	10	
2. Convite para participação de eventos vinculados à saúde pública	5	
3. Convite para participação de eventos populares/comunitários ou de entidades e comitês sociais não diretamente vinculados à saúde pública	8	
4. Denúncia de mau atendimento na rede de saúde distrital		4
5. Reclamação de deficiências de infra-estrutura, de material/pessoal na rede de saúde	1	3
6. Elogios a servidores/equipes da rede de saúde distrital	2	1
7. Designação de novos gerentes e técnicos da rede de saúde distrital	1	
8. Implantação e atividades de conselhos gestores de unidades	5	2
9. Organização e mobilização para a 7ª Conferência Municipal de Saúde	3	3
10. Planejamento do Distrito Sanitário e de suas unidades	3	
11. Assuntos discutidos no Conselho Municipal de Saúde do Recife	3	
12. Melhorias na infra-estrutura e/ou ampliação da rede de saúde distrital	3	2
13. Alerta sobre epidemias e anúncio de campanhas de saúde	2	1
14. Acompanhamento de ações decorrentes de decisões do CD-III	2	
15. Alterações de horários/turnos de atendimento de unidades de saúde		2
16. Frequência e participação dos conselheiros e funcionamento da secretaria executiva do CD-III		5
17. Denúncias apresentadas em reunião do Orçamento Participativo (OP) de mau atendimento no DS-III e de eventual premiação injusta da gerente		2
18. Procedimentos para apuração de denúncias e reclamações		3
19. Apuração de denúncias e negociação de atendimento em decorrência de greve em unidade		2

Quadro 11 (6) - Informes e pontos de pauta tratados entre fevereiro e julho/2005

Quanto aos informes, como se percebe pela análise do quadro, praticamente a metade daqueles registrados (23 entre 48) se referem a notícias sobre a “participação do conselheiro em outros espaços políticos e em eventos” e a “convites para participação em eventos populares/comunitários ou de entidades”, sendo que, na sua maioria, tais eventos eram desvinculados do tema da saúde pública (8 *versus* 5 informes).

Isso demonstra que as reuniões também serviam para promoção pessoal, enfatizando a participação de membros em outros espaços políticos, assim como para divulgação de outros assuntos de interesse dos conselheiros informantes, e que, apesar de se referirem, em geral, a participação comunitária, extrapolavam as questões de saúde do distrito.

Apesar do estabelecimento da rede dos conselhos de saúde da cidade, havendo a participação constante de pelo menos uma conselheira municipal nas reuniões do CD-III, o número de informes sobre assuntos tratados no CMS/Recife foi mínimo, houve apenas três. Por outro lado, os informes sobre a “implantação e atividades de conselhos gestores de unidades”, relativos aos conselhos das unidades do distrito, se destacaram dentre os demais assuntos, aparecendo em cinco informes e em dois pontos de pauta, demonstrando preocupação quanto à implantação da rede de conselhos no nível local, dentro do DS-III.

Ainda quanto aos informes propriamente ditos, ou seja, aqueles que não chegaram a ser tratados como pontos de pauta, observou-se que a “designação de novos gerentes e técnicos da rede de saúde distrital” teve uma intervenção, o “planejamento do Distrito Sanitário e de suas unidades” teve três, e o “acompanhamento de ações decorrentes de decisões do CD-III” teve duas.

O restante dos assuntos abordados nos informes também tiveram intervenções como pontos de pauta. Tais assuntos se referiam a questões típicas de serem tratadas em um conselho de saúde. Eles estão relacionados a seguir, acompanhados do total de intervenções realizadas nas reuniões, considerando o conjunto de informes e pontos de pauta:

- a) denúncias de mau atendimento, reclamações sobre a infra-estrutura da rede e elogios a profissionais e unidades de saúde, totalizando 11 (onze) intervenções;
- b) ampliações/melhorias na rede de saúde – 5 (cinco) intervenções;
- c) organização para a conferência municipal de saúde – 6 (seis) intervenções;
- d) alertas de epidemias e campanhas de saúde – 3 (três) intervenções.

No que tange às intervenções que somente foram tratadas como pontos de pauta, destacaram-se as “denúncias e reclamações de mau atendimento na rede de saúde distrital” e respectivas providências de apuração, com 7 (sete) intervenções ao todo (assuntos 17, 18 e

19) e a “frequência e participação dos conselheiros e funcionamento da secretaria executiva do CD-III” com 5 (cinco) intervenções.

Essas constatações corroboram a percepção da maioria dos conselheiros, a ser detalhada no próximo capítulo, que se vêem como “fiscais da rede de saúde”, assim como comprovam a preocupação compartilhada pelos conselheiros com o “esvaziamento” do colegiado no início do segundo ano de mandato, configurado pela queda substancial de frequência e até mesmo a desistência de alguns dos seus membros.

Para complementar a visão das atividades desenvolvidas de fevereiro a julho de 2005, segue um resumo geral das decisões tomadas, em ordem cronológica, reunião a reunião.

Reuniões: tipo/data	Decisões tomadas:
Ordinária 15/02	- criação de uma comissão para tratamento da denúncia de ausência de visitas de agentes comunitários de saúde na microrregião 3.3.
Ordinária 01/03	- mudança do dia das reuniões ordinárias (da 1ª para 2ª terça-feira de cada mês); - investigação, pela secretária executiva, dos motivos da ausência dos conselheiros faltosos, formalizando o desligamento deles se for o caso.
Ordinária 10/04	- inclusão de mais uma conselheira (segmento dos trabalhadores) na comissão de acomp. e planejamento das ações/serviços de saúde; - apuração da denúncia recebida quanto à não convocação de membros de conselhos de unidade para as reuniões pela comissão acima.
Ordinária 10/05	- avaliação da regularidade da proposta distrital de aquisição de uma casa para sediar um PSF, pertencente a um coordenador do Orçamento Participativo; - criação de uma comissão, formada por dois conselheiros (um de entidade e um de morador) e pela secretária executiva para realizar a referida avaliação.
Extraordinária 06/06	- participação do conselho distrital na reunião marcada para o dia seguinte, entre o Secretário Municipal de Saúde e o comando de greve da unidade de saúde que se encontrava sem funcionar, por meio de uma comissão específica; - envio de convite formal ao comando de greve supracitado para participar da próxima reunião ordinária do conselho e prestar esclarecimentos sobre a situação.
Ordinária 14/06	- aprovação, por unanimidade, da aquisição da casa pertencente a um coordenador do Orçamento Participativo para sediar um PSF, com base no parecer da comissão formada para analisar o caso.
Ordinária 12/07	- criação de comissão do conselho distrital (um conselheiro morador titular e seu suplente, mais outro conselheiro morador) para se juntar à comissão de funcionários já atuante na preparação da 7ª Conferência Municipal de Saúde no DS-III, que deverá se reunir em breve. - realização de reunião extraordinária do conselho para tratar da preparação do 7ª Conferência Municipal de Saúde no DS-III no dia 27 de julho de 2005 no mesmo local e horário das reuniões ordinárias.

Quadro 12 (6) – Decisões tomadas pelo conselho distrital entre fevereiro e julho/2005.

Em que pese haver a previsão regimental de se “discutir e acompanhar a prestação de contas do distrito”, não há registro de ter sido realizada essa atividade no primeiro ano do conselho, assim como não foi realizada no período da observação participante, ou seja, de fevereiro a julho/2005.

6.3 Percepções dos conselheiros

6.3.1 Quanto às competências do conselho

Neste item, são sintetizadas as percepções dos entrevistados quanto às competências do conselho distrital, captadas por meio das duas primeiras questões do roteiro de entrevista (Apêndice E):

1. Na sua visão, o que deve fazer um conselho distrital de saúde?
2. Que atividades um conselheiro deve realizar para que o desempenho do Conselho Distrital seja o melhor possível?

Cada um dos quadros a seguir traz a síntese das respostas para cada uma dessas duas questões, a categorização dada pelo pesquisador às respostas, e o grau de participação recente do entrevistado no conselho:

nº	segmento	cat.	micro	Síntese e categorização das respostas à questão: 1- O que deve fazer um conselho distrital de saúde?	grau de participação fev-jul/2005
1	Entidade	Tit.	3.1	Encaminhar os problemas para o distrito, para as reuniões, e tentar solucioná-los buscando a satisfação da comunidade. (encaminhamento de problemas, solução de problemas)	Grupo 1: Participação ótima
6	Morador	Tit.	3.1	acompanhar, propor e avaliar as políticas públicas de saúde no Distrito. (política)	
7	Morador	Tit.	3.3	"Trabalhar com união, tendo pessoas capacitadas pelo Distrito, que não tenham interesse lucrativo". (política)	
10	Trab.	Tit.	3.3	Implementar a política de saúde no nível distrital. (política)	
9	Morador	Sup.	3.3	Conhecer a qualidade do atendimento dos profissionais de saúde nas comunidades. (fiscalização)	Grupo 2:
3	Entidade	Tit.	3.3	Fiscalizar a rede de saúde. (fiscalização)	

5	Entidade	Sup.	3.3	Visitar as unidades de saúde, avaliar a qualidade do atendimento e resolutividade, e resolver os problemas junto à gestão. (fiscalização, solução de problemas)	Grupo 2: Participação boa ou regular
12	Trab.	Sup/ Tit.	3.2	Ajudar na gestão, fiscalizando a rede de saúde, preparando projetos, apurando denúncias e solucionando problemas nas unidades de saúde. (fiscalização, solução de problemas)	
2	Entidade	Tit.	3.2	Buscar alternativa para solucionar problemas e também ser um instrumento para despertar nas pessoas a sua cidadania. (política, solução de problemas)	Grupo 3: Participação incipiente ou nula
8	Morador	Sup.	3.1	Encaminhar os problemas da comunidade ao distrito e tentar solucioná-los. (encaminhamento, solução de problemas)	
4	Entidade	Sup.	3.2	Não sabe explicar: “Participei pouco”.	
11	Trab.	Sup.	3.1	Analisar os problemas relacionados à saúde, principalmente os problemas sociais relacionados à saúde, e tentar solucioná-los junto ao distrito, sempre olhando o lado da comunidade. (política, solução de problemas)	

Quadro 13 (6) – Percepções quanto ao que o conselho deve fazer

Quanto à primeira pergunta, cinco conselheiros (dois representantes de entidade, um de moradores e dois de trabalhadores da saúde), dos três grupos, explicitaram que o conselho deveria intermediar a solução de problemas de saúde da população junto ao distrito sanitário, tendo sido mencionada a busca da satisfação das comunidades, a análise de problemas sociais relacionados à saúde e ainda a atuação do conselho como um instrumento para “despertar nas pessoas a sua cidadania”.

Outros quatro entrevistados, todos do grupo 2, enfatizaram a fiscalização da rede de saúde, tendo sido mencionada por dois deles a preocupação em avaliar a qualidade do atendimento e por um outro a ênfase em apurar denúncias.

Dois outros conselheiros (um morador do grupo 1 e um trabalhador da saúde suplente, do grupo 3) se referiram de forma mais ampla às atribuições de implementação e de avaliação das políticas de saúde no distrito. Vale registrar que o trabalhador suplente, em que pese não participar do conselho, apresentou uma das respostas mais completas.

Apenas um dos suplentes, de participação nula, disse não saber responder à questão e um outro, apesar de ter uma participação “ótima”, preferiu comentar sobre a necessidade de união e capacitação dos membros do conselho, sem se referir a qualquer competência em especial do colegiado.

Quanto ao agrupamento por grau de participação, temos que o grupo 2 (intermediário) enfatizou o papel do conselheiro como “fiscal” da rede de saúde, enquanto o grupo 1 (mais participativo) foi quase unânime em trazer preocupações “políticas”. O grupo 3, além da visão política, se caracterizou por se concentrar na “solução de problemas” da comunidade.

nº	segmento	cat.	mic.	Síntese e categorização das respostas à questão: 2 - Que atividades um conselheiro deve realizar para que o desempenho do Conselho Distrital seja o melhor possível	grau de participação fev-jul/2005
1	Entidade	Tit.	3.1	Solucionar os problemas, buscando o bem-estar da comunidade. (solução de problemas)	Grupo 1: Participação ótima
6	Morador	Tit.	3.1	Encaminhar as reclamações, propostas e as possíveis soluções para os problemas apontados no bairro pela sua entidade para o Distrito, avaliar, apurar as denúncias apontadas pela comunidade, participar de seminários, fóruns, conferências, etc. (encaminhamento de problemas, solução de problemas, informação externa)	
7	Morador	Tit.	3.3	Fiscalizar a rede distrital e verificar a qualidade do atendimento, anonimamente, se possível, encaminhar problemas para o distrito e mediar a solução de problemas entre usuários e profissionais de saúde. (fiscalização, encaminhamento e solução de problemas)	
10	Trab.	Tit.	3.3	Manter-se atualizado em relação ao que está implantado no seu e em outros distritos. Ser atuante e comprometido. Buscar informação, seja em capacitação, seja em visitas e na supervisão de unidades de saúde. (política, fiscalização, informação externa)	
9	Morador	Sup.	3.3	Visitar as unidades da rede de saúde e as comunidades, além de se reunir com os demais conselheiros para se "destacar". (fiscalização, política)	Grupo 2: Participação boa ou regular
3	Entidade	Tit.	3.3	Fiscalizar todas as unidades de saúde e fazer trabalho educativo na comunidade. (fiscalização, política)	
5	Entidade	Sup.	3.3	Visitar, pesquisar as necessidades da comunidade, averiguar denúncias e reclamações para resolver junto à gestão. (fiscalização, informação externa, encaminhamento e solução de problemas)	
12	Trab.	Sup/ Tit.	3.2	Fiscalizar ações do Município e de outros "conselhos de bairro". Participar da educação popular. Visitar, observar e apurar denúncias e reclamações realizadas por profissionais de saúde. (fiscalização, política, busca por informação externa, encaminhamento e solução de problemas)	
2	Entidade	Tit.	3.2	Integrar-se no distrito, acompanhar o dia-a-dia das ações, para que os serviços que sejam prestados à comunidade o sejam com a melhor qualidade possível. (fiscalização, política)	Grupo 3: Participação incipiente ou nula
8	Morador	Sup.	3.1	Resolver problemas em conjunto com a comunidade e com o distrito. (política, encaminhamento e solução de problemas)	
4	Entidade	Sup.	3.2	Assistir às reuniões e repassar informações para a comunidade. (política)	
11	Trab.	Sup.	3.1	Fiscalizar o funcionamento de toda a rede de saúde, receber denúncias e apurá-las junto com as lideranças comunitárias e com os conselhos gestores das unidades antes de encaminhar ao conselho. (fiscalização, política, busca por informação externa, encaminhamento e solução de problemas)	

Quadro 14 (6) – Percepções quanto às atividades a serem realizadas pelos conselheiros

Em que pese a questão se referir a atividades a serem desempenhadas por pessoas, no caso pelos conselheiros, a maioria dos entrevistados apenas reforçou a resposta dada na questão anterior, que se referia às atribuições esperadas para o conselho como um todo.

Mesmo assim, algumas atividades foram sugeridas para concretizar as ações desejadas do conselho, tais como: assistir às reuniões e repassar informações para a comunidade; participar de seminários, fóruns, conferências, etc.; buscar atualização e capacitação; inteirar-se do dia-a-dia das ações de saúde no distrito, fiscalizando a rede de saúde, se possível anonimamente; e fazer trabalho educativo na comunidade.

Somente um dos respondentes (nº 11), trabalhador suplente que não tem tido participação no conselho (grupo 3), frisou a necessidade do envolvimento de conselhos gestores de unidades, quando da apuração de denúncias, antes do encaminhamento ao distrito, reconhecendo explicitamente os conselhos de unidade como integrantes da rede de controle social, pelo menos nessa situação.

Pelo que foi apurado, a maioria dos conselheiros representantes de entidades e de moradores, independentemente do grau de participação no conselho, até mesmo por exercerem lideranças comunitárias e já serem vinculados a outros espaços políticos antes mesmo de se elegerem para o conselho distrital, percebem o conselho como um órgão de defesa de direitos relacionados à saúde das respectivas comunidades e vêem a si mesmos como “fiscais” da rede de saúde, em especial das unidades e profissionais que atendem as áreas que representam.

A visão do “fiscal”, concentrada no grupo 2 na primeira questão, agora encontrou mais adesão nos demais grupos, reforçando a conclusão acima de que essa percepção é geral e independente do grau de participação constatado.

Os representantes de trabalhadores demonstram uma visão mais ampla (busca por informação externa e visão política), pois mencionam a necessidade de se atualizar em relação

ao que é implantado em outros distritos, de apurar denúncias localmente, junto aos conselhos de unidades e comunidades, antes de envolver o conselho distrital, participar da educação popular e, naturalmente, encaminhar denúncias trazidas por trabalhadores da saúde que representam.

6.3.2 Quanto à necessidade e disponibilidade de informação

Neste item, são sintetizadas as percepções dos entrevistados quanto às informações necessárias para atuação dos conselheiros, às informações que são fornecidas pela gerência distrital, as que deveriam eventualmente sê-lo, e ainda acerca de outras fontes de informação possivelmente usadas.

Tais percepções foram pesquisadas nas seguintes questões do roteiro de entrevista (Apêndice E):

3. Quais as informações que seriam necessárias, na sua opinião, para que o conselheiro pudesse realizar suas atividades da melhor maneira possível?
4. Quais informações têm sido fornecidas ao Conselho pela gerência do distrito?
5. Que outras informações a gerência do distrito deveria fornecer?
6. Que outras fontes de informações, além da gerência do distrito, o/a Sr/Sra. eventualmente utiliza, ou utilizaria, para conseguir as informações necessárias para atuar como conselheiro(a) ?

Cada um dos quadros a seguir traz a síntese das respostas para cada uma dessas questões, a categorização dada pelo pesquisador às respostas, e o grau de participação recente do entrevistado no conselho.

nº	segmento	cat.	mic.	Síntese e categorização das respostas à questão: 3 - Quais as informações que seriam necessárias, na sua opinião, para que o conselheiro pudesse realizar suas atividades da melhor maneira possível?	grau de participação fev-jul/2005
1	Entidade	Tit.	3.1	(não respondeu) “acho que se deve ir buscar informações direto com a gerência do distrito ou com as pessoas que lá estão ...” (administrativas)	Grupo 1: Participação ótima
6	Morador	Tit.	3.1	Capacitações em geral e o posicionamento do Ministério da Saúde, no caso específico da greve de servidores federais. (administrativas, técnicas)	
7	Morador	Tit.	3.3	Agenda e realizações do conselho, a serem divulgadas em todas as unidades de saúde. (administrativas)	
10	Trab.	Tit.	3.3	Informações oriundas do Conselho Municipal de Saúde. (administrativas)	
9	Morador	Sup.	3.3	Qualidade do atendimento dos profissionais de saúde. (qualitativas)	Grupo 2: Participação boa ou regular
3	Entidade	Tit.	3.3	Tudo o que acontece dentro do Distrito para que ele possa passar para a comunidade. (administrativas)	
5	Entidade	Sup.	3.3	Verbas destinadas ao distrito e propostas de ações para discussão no conselho. (administrativas, financeiras)	
12	Trab.	Sup/ Tit.	3.2	capacitação e condições sanitárias e sociais da comunidade. (administrativas, técnicas, qualitativas)	
2	Entidade	Tit.	3.2	O desenvolvimento de cada ação dentro do Distrito, desde o seu planejamento até a colocação em prática. (administrativas, técnicas)	Grupo 3: Participação incipiente ou nula
8	Morador	Sup.	3.1	Mudanças na forma de atendimento na rede de saúde. (administrativas, qualitativas)	
4	Entidade	Sup.	3.2	Funcionamento da rede de saúde e qualidade do atendimento, em especial para apurar denúncias. (administrativas, qualitativas)	
11	Trab.	Sup.	3.1	Informações sobre o funcionamento das unidades de saúde, o desempenho dos profissionais de saúde, a suficiência de medicamentos e materiais, e sobre o acesso da população aos especialistas nos centros de saúde. (administrativas, técnicas, qualitativas)	

Quadro 15 (6) – Percepções quanto às informações necessárias aos conselheiros

Pelo o que se percebe no quadro, a maioria dos entrevistados concentra suas atenções nas informações sobre a produção de serviços e ações do gestor da saúde (alínea “c” da classificação adotada neste trabalho). A questão das condições de saúde da população (epidemiologia – alínea “b”) foi mencionada por apenas um conselheiro do grupo 2 (nº 12), representante de trabalhadores da saúde. Quanto às informações financeiras, orçamentárias e contábeis (alínea “a”), apenas um entrevistado (nº 5), do mesmo grupo, disse achar necessário saber sobre “verbas destinadas ao distrito” (informações financeiras).

Capacitação foi referenciada por dois conselheiros dos grupos 1 e 2 (nºs 6 e 12) como informação necessária à atuação dos conselheiros.

A diversidade na percepção de que informações seriam necessárias, independentemente do grau de participação, assim como o teor da maioria dos itens de pauta das reuniões observadas, mostram a predominância do interesse dos conselheiros por questões imediatas e pontuais e por informações “administrativas”, quanto ao funcionamento da rede de saúde, de forma coerente com o papel de “fiscal” incorporado pela grande maioria deles.

A preocupação com questões do planejamento e execução das ações de saúde em si e com capacitação (informações técnicas) estava igualmente distribuída nos três grupos. A ênfase na qualidade do atendimento (subentendida no foco em fiscalização) apareceu mais no grupo 3. Isso se devia, talvez, ao fato de estarem mais “distantes” da gestão do distrito, pela pouca ou nenhuma participação no colegiado, o que os faria se sentirem mais “usuários” do que atores que pudessem influir na gestão distrital.

nº	segmento	cat.	mic.	Síntese e categorização das respostas à questão: 4 -Quais informações têm sido fornecidas ao Conselho pela gerência do distrito?	grau de participação fev-jul/2005
1	Entidade	Tit.	3.1	"Eu acho que as informações têm sido boas". (não resposta)	Grupo 1: Participação ótima
6	Morador	Tit.	3.1	"O Distrito, na medida do possível, tem dado respostas prá gente". (não resposta)	
7	Morador	Tit.	3.3	(Não respondeu)	
10	Trab.	Tit.	3.3	Apenas informes e “um informativo recebido no ano passado”. (vaga)	
9	Morador	Sup.	3.3	As informações necessárias "para que os conselheiros possam realmente fazer os seus trabalhos". (não resposta)	Grupo 2: Participação boa ou regular
3	Entidade	Tit.	3.3	Informações sobre campanhas de saúde. (ações do gestor)	
5	Entidade	Sup.	3.3	Localização de novas unidades de saúde (PSF). (rede de saúde)	
12	Trab.	Sup/ Tit.	3.2	Atividades realizadas (festas/eventos), incrementos na rede de saúde. (ações do gestor, rede de saúde)	
2	Entidade	Tit.	3.2	“Todas as informações que nós precisamos”. (não resposta)	Grupo 3: Participação incipiente ou nula
8	Morador	Sup.	3.1	(Não respondeu)	
4	Entidade	Sup.	3.2	(Não soube responder)	
11	Trab.	Sup.	3.1	Abastecimento e distribuição de medicamentos e materiais, funcionamento das especialidades médicas, orçamento municipal de saúde (valor <i>per capita</i>), participação de recursos de cada esfera de governo, e a disponibilidade de profissionais de saúde. (ações do gestor, rede de saúde, financeiras)	

Quadro 16 (6) – Percepções quanto às informações fornecidas pelo distrito

Para essa questão, sete dos entrevistados, todos representantes de entidades ou de moradores, e pertencentes aos três grupos indistintamente, não quiseram ou não souberam responder, ou então responderam, de forma vaga, que estavam satisfeitos com as informações recebidas do distrito.

Os dois outros não trabalhadores da saúde, mais um representante de trabalhadores, todos do grupo 2, limitaram suas respostas ao mencionado recebimento de informações sobre campanhas de saúde, festas e eventos promovidos pelo distrito e sobre a criação e localização de novas unidades de saúde (sobre a rede de saúde e ações do gestor).

Um trabalhador suplente do grupo 3 (nº 11), que inclusive tem se mantido afastado das reuniões há meses, foi o único a responder de forma mais completa, afirmando receber do distrito informação sobre “abastecimento e distribuição de medicamentos e materiais, funcionamento das especialidades médicas, orçamento municipal de saúde (valor *per capita*) e a participação de recursos de cada esfera de governo, e a disponibilidade de profissionais de saúde” (informações financeiras, sobre a rede de saúde e ações do gestor).

Essa resposta indica que o entrevistado teria acesso a todas essas informações de forma individual, desvinculada do conselho. Isso porque, mesmo com a distribuição de relatórios e a realização de apresentações por parte do distrito ao CD-III, mais de uma vez em 2004 e em abril de 2005, alguns dos tópicos citados - “abastecimento e distribuição de medicamentos e materiais”, “orçamento municipal de saúde (valor *per capita*)” e “participação de recursos de cada esfera de governo” – não foram apresentados ao conselho.

Nesse caso, do ponto de vista desse respondente, mesmo que não estivessem sendo ostensivamente apresentadas, as informações citadas estariam sendo fornecidas pelo distrito, pelo menos a ele, atendendo necessidades em duas classes de informação: informações financeiras, orçamentárias e contábeis (alínea “a”) e informações sobre a

produção de serviços e ações do gestor da saúde (alínea “c” da classificação adotada neste trabalho).

Por último, outra representante de trabalhador, apesar de pertencer ao grupo 1, procurou desqualificar as informações fornecidas pelo distrito, classificando-as como “apenas informes” e afirmando lembrar-se de apenas “um informativo recebido no ano passado”. A bem da verdade, a pesquisa documental mostrou, como tratado no item 6.4 a seguir, que houve fornecimento efetivo de informações para controle social pelo DS-III, podendo ser atribuída a resposta nesse teor a algum antagonismo pessoal da respondente com a gerência do distrito.

n°	segmento	cat.	mic.	Síntese e categorização das respostas à questão: 5 - Que outras informações o/a Sr./Sra acha que a gerência do distrito deveria fornecer?	grau de participação fev-jul/2005
1	Entidade	Tit.	3.1	“não são todas as informações que são passadas pros conselheiros”. (não resposta)	Grupo 1: Participação ótima
6	Morador	Tit.	3.1	“realmente eu não sei dizer, não tenho como responder sua pergunta, infelizmente ...”. (não resposta)	
7	Morador	Tit.	3.3	Movimentação de recursos financeiros no distrito, verbas de conservação dos postos de saúde. (financeiras)	
10	Trab.	Tit.	3.3	Ações que o município está planejando e o montante e destinação dos recursos repassados ao distrito. (financeiras, ações do gestor)	
9	Morador	Sup.	3.3	Composição da rede de saúde e disponibilidade de profissionais no distrito. (rede de saúde)	Grupo 2: Participação boa ou regular
3	Entidade	Tit.	3.3	Sobre programas de formação de profissionais, por exemplo. (ações do gestor)	
5	Entidade	Sup.	3.3	Verbas destinadas ao distrito e propostas de ação para apreciação do conselho. (financeiras, ações do gestor)	
12	Trab.	Sup/ Tit.	3.2	(Não respondeu)	
2	Entidade	Tit.	3.2	Nenhuma. As informações do distrito são completas.	Grupo 3: Participação incipiente ou nula
8	Morador	Sup.	3.1	Mudanças na forma de atendimento na rede de saúde. (rede de saúde)	
4	Entidade	Sup.	3.2	(Não respondeu)	
11	Trab.	Sup.	3.1	Informações epidemiológicas. (epidemiológicas)	

Quadro 17 (6) – Percepções quanto a outras informações que o distrito deveria fornecer

Mais uma vez, parte dos entrevistados não responderam à questão (três deles) ou o fizeram de forma vaga (outros dois), e curiosamente dois deles eram do grupo 1. Um deles,

que respondeu na questão anterior que as informações do distrito “têm sido boas”, demonstrou agora uma certa desconfiança e afirmou haver lacunas, sem precisar quais (“não são todas as informações que são passadas pros conselheiros”).

Outro, de forma coerente com a resposta anterior, de que o distrito fornecia “todas as informações que nós precisamos”, asseverou que as informações do distrito são completas.

Três respondentes se queixaram da falta de informações sobre recursos financeiros recebidos e a respectiva movimentação no distrito (alínea “a” da classificação de informações aqui utilizada), pertencentes aos grupos de maior participação (grupos 1 e 2), sendo um de cada segmento (morador, entidade e trabalhador), .

Dois outros, também dos grupos 1 e 2, se referiram à necessidade de conhecer previamente, para apreciação do conselho, propostas de ações dos gestores.

Três conselheiros, não representantes de trabalhadores, um do grupo 3 e dois do grupo 2, se ressentiam da falta de informação sobre composição e formas de atendimento da rede de saúde, e sobre a disponibilidade de pessoal e programas de formação de profissionais. Essas demandas se enquadram na alínea “c” da classificação adotada, ou seja, informações sobre a produção de serviços e ações do gestor da saúde.

Por fim, apenas um dos representantes de trabalhadores (nº 11), justamente aquele que apesar do nível de qualidade das respostas dadas tem estado ausente do conselho (grupo 3), se referiu à falta de informações epidemiológicas (alínea “b” da classificação aqui adotada).

Informações sobre investimentos e sobre a alocação de recursos financeiros no distrito em geral, reclamadas apenas por alguns quando das entrevistas, não têm sido fornecidas, mas também não têm sido demandadas pela maioria. Inclusive, não foi presenciada nenhuma cobrança nesse sentido nas reuniões observadas.

Na prática, conforme revelou a pesquisa documental, existe uma dotação mínima mensal para manutenção cotidiana das instalações administrativas e da rede de saúde, tais como pequenos reparos e serviços de conservação, que não suscitariam maiores discussões.

Por outro lado, investimentos em novas instalações e unidades, mesmo que tratadas no âmbito do Orçamento Participativo ou diretamente pelo distrito junto à Secretaria da Saúde poderiam ser avaliados e discutidos no conselho distrital, o que não tem ocorrido.

A dificuldade percebida para responder a essa questão pela maioria, que, ou não soube responder, ou respondeu de forma vaga, ou ainda declarou que “as informações do distrito eram completas”, revela a grande dependência dos conselheiros em relação ao distrito como fonte de informação, para qualquer que seja o grau de participação, observada também no decorrer das reuniões.

O “não saber responder” de alguns, dentre eles dois membros com participação “ótima”, permite inferir que tais conselheiros não têm uma visão crítica das informações que são fornecidas pelo distrito, as quais seriam confiáveis e completas o suficiente para o seu desempenho como conselheiro, não se cogitando a necessidade de outras informações.

nº	segmento	cat.	mic.	Síntese e categorização das respostas à questão: 6 - Que outras fontes de informações, além da gerência do distrito, o/a Sr/Sra. eventualmente utiliza, ou utilizaria, para conseguir as informações necessárias para atuar como conselheiro(a) ?	grau de participação fev-jul/2005
1	Entidade	Tit.	3.1	Cursos, seminários e as conferências. (capacitações)	Grupo 1: Participação ótima
6	Morador	Tit.	3.1	Conselho Estadual de Saúde (é membro) e uma entidade de que faz parte (Pastoral). (CES e própria entidade)	
7	Morador	Tit.	3.3	Comunidade. (Comunidade)	
10	Trab.	Tit.	3.3	Conselho Municipal de Saúde e conselheiros de outros distritos. Orçamento Participativo. Sindicato de trabalhadores em saúde. (CMS, outros CDs, própria entidade)	
9	Morador	Sup.	3.3	Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde. (CES, CMS)	Grupo 2: Participação boa ou regular
3	Entidade	Tit.	3.3	ONGs e departamentos da Prefeitura (não a SMS). (ONG, própria entidade)	
5	Entidade	Sup.	3.3	Comunidade. (comunidade)	
12	Trab.	Sup/ Tit.	3.2	Imprensa e observação na comunidade. (imprensa, comunidade)	

n°	segmento	cat.	mic.	Síntese e categorização das respostas à questão: 6 - Que outras fontes de informações, além da gerência do distrito, o/a Sr/Sra. eventualmente utiliza, ou utilizaria, para conseguir as informações necessárias para atuar como conselheiro(a) ?	grau de participação fev-jul/2005
2	Entidade	Tit.	3.2	Comunidade, as próprias unidades de saúde e o conselho de moradores (é membro). (comunidade, rede de saúde, própria entidade)	Grupo 3: Participação incipiente ou nula
8	Morador	Sup.	3.1	A comunidade, embora de forma residual. A fonte principal é o próprio distrito. (distrito, comunidade)	
4	Entidade	Sup.	3.2	Secretaria Municipal de Saúde. (SMS)	
11	Trab.	Sup.	3.1	Conselhos gestores das unidades de saúde, entidades comunitárias e ONGs. (CGUs, entidades, ONGs)	

Quadro 18(6) – Outras fontes de informações utilizadas ou potencialmente utilizáveis

De forma coerente com o entendimento da maioria dos conselheiros quanto ao papel do colegiado como entidade de defesa dos direitos dos usuários, metade dos entrevistados, ou seja, seis conselheiros, sendo dois de cada segmento, e independentemente do grupo a que pertenciam, colocaram como fonte de informação, além do distrito, a própria comunidade em que atuavam.

Entidades comunitárias e conselhos de moradores foram citados três vezes (n°s 2, 6 e 11), sendo que em dois desses casos se tratavam das organizações às quais os respondentes declararam também pertencer (n°s 2 e 6). As próprias entidades de origem também foram mencionadas por um funcionário público municipal (n° 3) e por uma sindicalista, representante de trabalhadores (n° 10).

Organizações não governamentais (ONG) foram citadas duas vezes. Como existe um natural envolvimento dessas instituições com a população, confirma-se que as comunidades eram, direta ou indiretamente, a grande fonte de informação para a maioria dos conselheiros, além das próprias entidades de origem. O distrito chegou a ser curiosamente declarado como “outra fonte de informação” por um morador (n° 8).

Os conselhos estadual e municipal de saúde foram mencionados duas vezes cada, e conselhos gestores de unidades e de outros distritos o foram apenas uma vez. Ainda foram apresentadas como fontes, com uma citação cada: imprensa e Orçamento Participativo.

Mais uma vez, o suplente de trabalhador que não tem participado do conselho (nº 11) revelou preocupação em integrar a rede de conselhos de unidades e as instituições de ação local (entidades comunitárias e ONGs) ao conselho distrital.

Por último, um representante de entidades do grupo 1 apresentou, como única fonte de informações externa as eventuais capacitações: cursos, seminários e conferências de saúde.

Como era de se esperar, tendo em vista a visão acrítica demonstrada pela maioria ao aceitar o distrito como fonte primordial de informação, e a menção, em alguns casos, das entidades de que já faziam parte como fontes alternativas, somente houve uma alusão à Secretaria Municipal de Saúde. Infelizmente, conforme descrito no item 6.4.2 a seguir, havia um grande acervo de informações úteis para o controle social em nível distrital disponível na SMS/Recife.

6.3.3 Quanto à facilidade de acesso às informações

Os graus de facilidade de acesso às informações no DS-III e nas outras fontes mencionadas, na percepção dos entrevistados, foram pesquisados por meio da sétima e oitava questões do roteiro de entrevista (Apêndice E), cujas respostas estão sintetizadas nos quadros a seguir:

nº	segmento	cat.	mic.	Sínteses das respostas à questão: 7 - Qual o grau de facilidade que o Sr./Sra. tem, ou imagina que teria, para ter acesso, na gerência do distrito, às informações que entende necessárias?	grau de participação fev-jul/2005
1	Entidade	Tit.	3.1	Alto. "... as informações são abertas, certo? Você tem acesso a tudo!".	Grupo 1: Participação ótima
6	Morador	Tit.	3.1	Alto.	
7	Morador	Tit.	3.3	Alto. "Apesar dos dirigentes serem muito ocupados".	
10	Trab.	Tit.	3.3	Baixo. "Não, não é um grau de facilidade..., não existe um..., não é muito bom não, não é? ... Eu colocaria como baixo".	

nº	segmento	cat.	mic.	Sínteses das respostas à questão: 7 - Qual o grau de facilidade que o Sr./Sra. tem, ou imagina que teria, para ter acesso, na gerência do distrito, às informações que entende necessárias?	grau de participação fev-jul/2005
9	Morador	Sup.	3.3	Alto. "a gerente do distrito repassa todos os informes para nós, e aí a gente fica bem atualizado".	Grupo 2: Participação boa ou regular
3	Entidade	Tit.	3.3	Baixo. "Porque a gente só tem essa informação através da reunião distrital, não é? ... Pra você tentar diretamente com a gerente do Distrito, é difícil demais; é muito difícil falar".	
5	Entidade	Sup.	3.3	Alto.	
12	Trab.	Sup/ Tit.	3.2	Alto. "É passado tudo, inclusive os pontos polêmicos que houver com a gerência".	
2	Entidade	Tit.	3.2	Alto.	Grupo 3: Participação incipiente ou nula
8	Morador	Sup.	3.1	Alto. "Estão sempre à disposição".	
4	Entidade	Sup.	3.2	Alto.	
11	Trab.	Sup.	3.1	Alto. "Nunca tive dificuldade".	

Quadro 19 (6) – Grau de facilidade de acesso às informações no distrito.

A percepção de um alto grau de facilidade de acesso às informações no DS-III era quase uma unanimidade, e se distribuía de forma equilibrada nos três grupos com graus de participação distintos, tendo sido enfatizada, nas respostas, a abertura e disposição de ajudar dos dirigentes distritais por ocasião das reuniões - comprovadas pelo pesquisador no decorrer da observação participante - ou quando eram procurados para dar esclarecimentos no distrito, apesar de estarem sempre "muito ocupados".

Diante disso, as duas discordâncias, caracterizadas pela atribuição de um baixo grau de facilidade de acesso, de parte de uma conselheira do grupo 1 e um outro conselheiro do grupo 2 foram investigadas em detalhes.

No caso do representante de entidade (grupo 2), ficou patente sua grande insatisfação com a gerência do distrito por ocasião da entrevista. O mesmo se sentia desprestigiado por conta do não atendimento de um pleito seu, que já teria sido bastante reiterado, para remoção de uma profissional de saúde da sua comunidade, cujo desempenho estava sendo considerado inaceitável pelos usuários. Isso explicaria a alusão à "dificuldade em falar com a gerente do distrito", usada como justificativa para a sua reprovação.

No caso da representante de trabalhadores (grupo 1), da mesma forma que foi verificado na análise da quarta questão, sobre que informações eram fornecidas pelo distrito, a resposta destoante com a percepção dos demais e com o que foi observado, também revela um certo antagonismo pessoal, com a gerência do distrito, sem ter sido revelada a causa.

nº	segmento	cat.	mic.	Sínteses das respostas à questão: 8 - Qual o grau de facilidade que o Sr./Sra. tem, ou imagina que teria, para ter acesso, nas outras fontes de informação, às informações que entende necessárias?	grau de participação fev-jul/2005
1	Entidade	Tit.	3.1	Alto, no caso da Conferência Municipal de Saúde.	Grupo 1: Participação ótima
6	Morador	Tit.	3.1	Alto na entidade. Baixo no Ministério da Saúde, por dificuldades de comunicação e falta de recursos de informática.	
7	Morador	Tit.	3.3	Médio. Nos PSF próximos é alto. Não tem acesso à comunidade em geral e às unidades mais distantes.	
10	Trab.	Tit.	3.3	Alto. Em todas as fontes citadas.	
9	Morador	Sup.	3.3	Médio. "... o acesso para o Conselho do Estado ou do Município, ... tem mais um pouco .. de ...existe um pouco de dificuldade".	Grupo 2: Participação boa ou regular
3	Entidade	Tit.	3.3	Alto nas ONGs.	
5	Entidade	Sup.	3.3	Alto. "aliás, não precisa nem a gente procurar, não é?, porque o pessoal ... tudo que sabe, tudo que vê com dificuldade vem procurar pra tentar resolver".	
12	Trab.	Sup/ Tit.	3.2	Baixo na comunidade, porque as pessoas não se comprometem com informações sensíveis ou famílias não dão abertura para observação.	
2	Entidade	Tit.	3.2	Alto com a comunidade, unidades de saúde e conselho de moradores.	Grupo 3: Participação incipiente ou nula
8	Morador	Sup.	3.1	(Não mencionado)	
4	Entidade	Sup.	3.2	(Não respondeu)	
11	Trab.	Sup.	3.1	Baixo, por conta da dificuldade de tempo para contato com os CGUs.	

Quadro 20 (6) – Grau de facilidade de acesso às informações em outras fontes

Metade dos entrevistados consideram alto o grau de facilidade de acesso às fontes de informação alternativas que diziam utilizar. Um representante de moradores do grupo 1 atribuiu grau médio por conta da dificuldade pessoal de deslocamentos, que o faria não ter acesso fácil à comunidade e unidades de saúde longe de sua residência. Outro, do grupo 2, atribuiu o mesmo grau médio de facilidade no acesso aos conselhos estadual e municipal de saúde, sem especificar o motivo.

Um suplente de trabalhador do grupo 3 (nº 11), que indicara os conselhos gestores das unidades de saúde, entidades comunitárias e ONGs como fontes de informações, considerou baixo seu grau de facilidade de acesso pelas dificuldades que tinha de contato com os CGUs, dos quais não possuía informações sobre seus participantes e agendas de atividades.

Um outro representante de trabalhador do grupo 2 atribuiu um baixo grau de facilidade no acesso à comunidade onde atuava porque os eventuais informantes não se comprometiam com informações sensíveis e as famílias não davam abertura para averiguação de casos denunciados de maus tratos.

6.3.4 Quanto à facilidade de compreensão das informações

O grau de facilidade de compreensão das informações fornecidas pelo distrito e por outras fontes, na percepção dos entrevistados, foi pesquisado por meio da nona questão do roteiro de entrevista (Apêndice E), cujas respostas estão sintetizadas a seguir:

nº	segmento	cat.	mic	Sínteses das respostas à questão: 9 - Qual o grau de facilidade que o Sr./Sra. tem para compreender as informações que tem obtido, ou possa vir a conseguir, seja da gerência do distrito ou de outras fontes ?	grau de participação fev-jul/2005
1	Entidade	Tit.	3.1	Alto.	Grupo 1: Participação ótima
6	Morador	Tit.	3.1	Alto.	
7	Morador	Tit.	3.3	Alto.	
10	Trab.	Tit.	3.3	Alto.	
9	Morador	Sup.	3.3	Alto.	Grupo 2: Participação boa ou regular
3	Entidade	Tit.	3.3	Baixo.	
5	Entidade	Sup.	3.3	Médio no distrito, por conta de linguajar técnico. Alto junto à comunidade.	
12	Trab.	Sup/ Tit.	3.2	Alto, quando são temas médicos. Baixo, quando são temas políticos.	
2	Entidade	Tit.	3.2	Médio. Há dificuldades quando são fornecidas informações em linguagem técnica, médica.	Grupo 3: Participação incipiente ou nula
8	Morador	Sup.	3.1	Médio. Quando fica em dúvida, pergunta.	
4	Entidade	Sup.	3.2	(Não soube responder)	
11	Trab.	Sup.	3.1	Alto. Por ser médico com experiência em saúde pública e conhecer bem as normas e diretrizes do SUS.	

Quadro 21 (6) – Grau de facilidade de compreensão das informações obtidas

Cinco entrevistados, dentre eles, coerentemente, todos aqueles pertencentes ao grupo 1, simplesmente disseram ter um alto grau de facilidade para compreender as informações obtidas, seja no distrito sanitário, seja nas demais fontes de sua preferência.

Dois representantes de entidades (nºs 5 e 2), dos grupos 2 e 3 respectivamente, consideraram ter um grau de facilidade de compreensão médio no distrito, justamente pelo uso de linguagem técnica, médica. As respostas são coerentes com as fontes de informação alternativas que disseram utilizar, quais sejam: a comunidade, as unidades de saúde e conselhos de moradores. Nesses locais, a ênfase não está nas questões técnicas da medicina, e sim nas informações administrativas (sobre o funcionamento da rede de saúde) e qualitativas (sobre a qualidade do atendimento aos usuários).

Como era de se esperar, dois representantes de trabalhadores, também dos grupos 2 e 3, por serem profissionais de saúde, julgaram ter um alto grau de compreensão justamente quando se usa essa mesma linguagem, ou seja, quando os temas são médicos.

Um morador suplente, do grupo 3, considerou ter um grau médio de compreensão, sem maiores justificativas, mas ressaltou sua disposição de dirimir dúvidas quando elas ocorriam. Um representante de entidade do grupo 2 (nº 3) foi o único a atribuir um grau baixo de facilidade de compreensão, mas sem explicitar motivos. Como se trata do mesmo entrevistado que demonstrou, na época, grande insatisfação com a gerência distrital, é muito provável que a resposta não reflita sua percepção real, funcionando talvez como mais uma manifestação de protesto.

Um representante de trabalhador (nº 12), também do grupo 2, assumiu dificuldade de compreensão quando estavam em debate temas políticos, tendo se referido ao caso, em pauta na época, dos entendimentos do conselho distrital com o comando de greve de uma unidade de saúde. Apesar de pertencer a uma entidade social (Pastoral), as fontes alternativas

de informação por ele mencionadas (imprensa e comunidade) indicam pouca familiaridade com temas políticos abundantes em outras fontes como conselhos de saúde e sindicatos.

6.3.5 Afirmações, reclamações e sugestões

No decorrer das entrevistas, seja no bojo das respostas às questões formuladas, ou quando teceram comentários livres, facultados como décimo e último item do roteiro de entrevista (Apêndice E), a maioria dos sujeitos da pesquisa trouxeram percepções adicionais que, embora não respondessem diretamente às questões colocadas, revelaram algumas de suas crenças e atitudes, bem como apresentaram queixas e propostas de ação para os gestores públicos, em prol da melhoria do que eles entendiam como condições necessárias para um desempenho adequado do conselho distrital.

Com o objetivo de registrar sinteticamente essas contribuições, foram elaborados os quadros a seguir, classificando-as em afirmações (que expressam crenças e atitudes), reclamações (que traduzem queixas quanto a certas situações, entendidas como prejudiciais e passíveis de mudança) e sugestões de propostas de ação à gerência do distrito.

nº	segmento	cat.	mic.	Afirmações	grau de participação fev-jul/2005
1	Entidade	Tit.	3.1	1. Os conselheiros devem estar capacitados a assumir esse cargo que lhes foi confiado pela comunidade, sendo necessária a participação em eventos (cursos, seminários, conferências). 2. Os conselheiros devem ser pró-ativos na busca de informações, seja no distrito, seja na prefeitura ou junto aos CGUs. 3. Elogios à facilidade de acesso a informações no distrito e ao conhecimento de causa da gerente, anteriormente militante de movimentos sociais.	Grupo 1: Participação ótima

nº	segmento	cat.	mic.	Afirmações	grau de participação fev-jul/2005
6	Morador	Tit.	3.1	1. Os conselhos de saúde são importantes para promover a eficiência e eficácia do SUS, porque podem avaliar as políticas públicas, verificar onde existem erros, onde existem avanços, onde existem recursos e propor melhorias. 2. Os conselheiros devem ser pontuais e assíduos, participar de todas as reuniões e eventos propostos pelo distrito. 3. O conhecimento das leis e normas do SUS são essenciais para o conselheiro saber os direitos e deveres do cidadão quanto à saúde, reivindicar melhor, informar mais sua comunidade e ter instrumentos para cobrar dos gestores públicos.	(cont.) Grupo 1: Participação Ótima
7	Morador	Tit.	3.3	1. A capacitação é fundamental para ser um "bom conselheiro". 2. Reconhecimento da receptividade da gerência do distrito às cobranças efetuadas e elogio à transparência nas suas respostas, mesmo quando não são satisfatórias para os usuários.	
10	Trab.	Tit.	3.3	1. É necessário que o conselheiro seja atuante e comprometido e que busque informações, seja em capacitações seja em visitas às unidades do distrito.	
9	Morador	Sup.	3.3		Grupo 2: Participação boa ou regular
3	Entidade	Tit.	3.3	1. Elogio às ações educativas de um ONG em sua comunidade na capacitação de agentes de saúde e em campanhas de saúde.	
5	Entidade	Sup.	3.3	1. A sua não participação recente se devia ao fato de ser suplente, de não ter "ganhado" a eleição.	
12	Trab.	Sup./Tit.	3.2		
2	Entidade	Tit.	3.2	1. O conselheiro deve ver todo o distrito, não apenas as comunidades ou entidades que representa. 2. Elogios à preocupação da gerência distrital em repassar informações aos conselheiros, mesmo que não solicitadas, facilitando a integração do conselho.	Grupo 3: Participação incipiente ou nula
8	Morador	Sup.	3.1	1. Reconhecimento à gerência do distrito pelo apoio à sua capacitação e pelos estímulos à sua permanência no conselho distrital e à participação em um conselho gestor de unidade	
4	Entidade	Sup.	3.2		
11	Trab.	Sup.	3.1	1. Elogio à gerência do distrito quanto à atuação, seriedade, conhecimento em saúde pública e transparência no repasse de informações.	

Quadro 22 (6) – Afirmações de crenças e atitudes quanto ao conselho distrital

Como era de se esperar, o grupo 1 concentrou a maior parte das afirmações e os comentários mais pertinentes ao desempenho do conselho distrital, demonstrando ser composto por ativistas. As afirmações dos demais grupos trazem, à exceção da primeira afirmação do conselheiro nº 2 (grupo 3), tão somente elogios à gerência do distrito.

Assim, os grupos 2 e 3 demonstraram grande passividade em relação à administração distrital.

Em resumo, percebe-se a grande importância dada pelos respondentes do grupo 1 à capacitação do conselheiro, em especial ao conhecimento das leis e normas do SUS, para o seu bom desempenho, assim como à necessidade de seu comprometimento com o mandato, devendo ser pró-ativo na busca de informações, participar de eventos, interagir com a comunidade, conselhos gestores de unidades, outros distritos, CMS/Recife, etc. e ainda visitar unidades de saúde.

Apesar desse discurso, foi percebido nas entrevistas e no levantamento do desempenho do CD-III, que mesmo nesses conselheiros que são mais participativos, há baixa pró-atividade, sendo poucas e isoladas as iniciativas de auto-desenvolvimento e de busca de informação em outras instâncias, que não as comunidades mais próximas ou as reuniões do conselho, revelando assim uma grande dependência do distrito e a preferência por se discutir temas pontuais e imediatos. Isso ficou demonstrado com a descontinuidade do programa de visitas a partir do momento em que representantes do distrito deixaram de participar das equipes formadas para incursões semanais na rede de saúde.

Os elogios quase unânimes à receptividade da gerência do distrito às demandas e à transparência no repasse de informações aos conselheiros são condizentes com a gerência do distrito, que vinha se mostrando defensora da participação popular, de forma coerente com a história da sua principal dirigente, militante de movimentos sociais no passado, e detentora de grande experiência na área de saúde pública.

Por outro lado, essa confiança e satisfação com o distrito podem estar contribuindo para a acomodação de grande parte dos conselheiros, que não vêem necessidade de maior capacitação, nem de buscar outras fontes de informação, preferindo limitar-se a debater os temas que o distrito propõe e com base nas informações por ele trazidas.

nº	segmento	cat.	mic.	Reclamações	grau de participação fev-jul/2005
1	Entidade	Tit.	3.1	1. Restrições de seu tempo, por conta de atividades profissionais no setor privado, para a busca de informações.	Grupo 1: Participação ótima
6	Morador	Tit.	3.1	1. Falta de infra-estrutura de comunicação (computador/Internet) para ter acesso às consultas dos sistemas do Ministério da Saúde.	
7	Morador	Tit.	3.3	1. Falta de comprometimento de alguns conselheiros, que já sabiam quando eleitos que se tratava de um trabalho voluntário, e que abandonam a função sem mesmo acionar os suplentes.	
10	Trab.	Tit.	3.3	1. Às vezes, não há discussão das propostas do distrito, nem apresentação de contrapropostas, mas a simples aprovação pelo conselho do que vem pronto. 2. Falta amadurecimento político dos conselheiros, pois há pessoas, muitas vezes, que vêm somente o seu interesse próprio, e não o interesse coletivo, ensejando barganhas com os gestores, sendo necessário muito debate para se alcançar esse amadurecimento.	
9	Morador	Sup.	3.3		Grupo 2: Participação boa ou regular
3	Entidade	Tit.	3.3	1. Falta de infra-estrutura de transporte no distrito para realizar fiscalização nas unidades. 2. A manutenção de uma gerente de território que estaria cometendo desmandos no atendimento à comunidade, apesar do "clima de revolta" instalado e das reclamações anteriores, o que estaria abalando sua "moral" de conselheiro perante a comunidade. 3. Insuficiência da reunião mensal, com tempo limitado e sem a presença da comunidade, para debate dos problemas de saúde.	
5	Entidade	Sup.	3.3	1. O povo é muito acomodado, não se dispondo a comparecer às reuniões do conselho para tratar de problemas que lhes são afetos. 2. Há pouca disponibilidade de tempo dos conselheiros, por conta de atividades profissionais, para realização de visitas sistemáticas às unidades de saúde. 3. A capacitação havida foi insuficiente, curta. 4. A falta de capacidade leva aos conselheiros a aceitarem as propostas da gerência do distrito sem discussão.	
12	Trab.	Sup/ Tit.	3.2	1. Crítica aos conselheiros que se consideram tão somente fiscais, visão que pode ser mudada por meio de capacitação. 2. O conselheiro tem uma carga de trabalho grande e sofre muita frustração quando não se consegue resolver as questões da comunidade. 3. Há dificuldade de se obter evidências de mau atendimento ou maus tratos na comunidade, porque muitos preferem não falar.	
2	Entidade	Tit.	3.2		
8	Morador	Sup.	3.1	1. Falta de entendimento da comunidade do real papel do conselheiro, atribuindo muitas vezes o seu interesse nas questões de saúde à obtenção de ganhos pessoais. 2. Falta de divulgação ampla pelo distrito das alterações na forma de atendimento aos usuários na rede de saúde.	Grupo 3: Participação incipiente ou nula
4	Entidade	Sup.	3.2		
11	Trab.	Sup.	3.1	1. Falta publicação dos dados dos conselhos, entidades comunitárias e ONGs do distrito (telefones, endereços, dias e locais de reunião). 2. Falta de infra-estrutura para uso de correio eletrônico. 3. Frustração pelo não cumprimento de resoluções da última conferência municipal de saúde, a exemplo de um programa da saúde e atenção ao homem e de qualificação dos profissionais de saúde de nível superior que lidam com o idoso.	

Quadro 23 (6) – Reclamações quanto à situação do conselho distrital

De forma proporcional ao grau de participação, apresentaram reclamações: todos os integrantes do grupo 1, três conselheiros do grupo 2, e apenas dois do grupo 3 (metade).

Houve queixas sobre a falta de infra-estrutura de informática, de comunicações (telefone e acesso à Internet) e de transporte para visitas às unidades de saúde. Nesse último caso, pelo o que foi levantado, o transporte chegou a ser disponibilizado para visitas. Ocorre que a descontinuidade das visitas não se deu por falta de transporte, e sim em decorrência do desinteresse crescente dos conselheiros por essa atividade, uma vez que não queriam fazê-las sem a companhia de representantes do distrito.

Por outro lado, talvez devesse a gerência distrital ter feito o esforço de garantir a presença de um representante dos gestores nas visitas, pelo menos até que os conselheiros não gestores se sentissem confortáveis em empreendê-las sem esse apoio.

Foi reconhecida também a falta de tempo dos próprios conselheiros para participação nas atividades de controle social por conta de suas atividades profissionais. De fato, as reuniões são marcadas para o horário noturno justamente para conciliar essa participação com o trabalho dos participantes, uma vez que apenas três dos entrevistados eram aposentados.

Também foi reclamada a insuficiência das reuniões, em termos de tempo, para discussão dos temas de interesse das comunidades, e a falta de discussão das propostas do distrito, não havendo apresentação de contrapropostas, mas a simples aprovação pelo conselho do que viria “pronto”.

Essa falta de discussão foi atribuída por alguns à falta de capacidade dos conselheiros, ou à falta de amadurecimento político daqueles que vêm somente o seu interesse próprio, e não o interesse coletivo, ensejando barganhas com os gestores. Segundo um entrevistado (nº 7), a falta de comprometimento de alguns conselheiros, que já sabiam quando eleitos que se tratava de um trabalho voluntário, os fazia abandonar a função sem

mesmo acionar os suplentes. A solução poderia vir com mais capacitação, como foi sugerido, inclusive para conscientizar os conselheiros que se consideram tão somente “fiscais” da rede de saúde.

Quanto às comunidades, a queixa era sobre a falta de entendimento do real papel do conselheiro, atribuindo-se muitas vezes o seu interesse nas questões de saúde locais à obtenção de ganhos pessoais. Os usuários, por acomodação, não se dispunham a comparecer às reuniões do conselho para tratar de problemas que lhes são afetos, havendo também dificuldade de se obter evidências de mau atendimento ou maus tratos na comunidade, porque muitos preferiam não falar. Esse desinteresse do cidadão comum pelos assuntos públicos foi salientado por TORRES (2004, p. 43).

Também foi reclamada a falta de divulgação ampla pelo distrito das alterações na forma de atendimento aos usuários na rede de saúde, assim como de publicação dos dados dos conselhos, entidades comunitárias e ONGs do distrito (telefones, endereços, dias e locais de reunião).

Por fim, houve demonstrações de frustrações no desempenho da função, seja pela manutenção pelo distrito de uma profissional considerada inaceitável pelos usuários, o que estaria “abalando a moral” de um conselheiro perante a comunidade (nº 9), seja pelo não cumprimento de resoluções da última conferência municipal de saúde (nº 11), ou ainda pela grande carga de trabalho e sentimento de impotência quando não se consegue resolver as questões da comunidade (nº 12).

De forma coerente com as respostas dadas na primeira questão, referente à percepção quanto ao papel do conselho, o grupo 1 se ressentiu da falta de comprometimento dos demais conselheiros e da falta de infra-estrutura e de tempo para exercer maior influência na gestão distrital (enfoque político). O grupo 2 enfatizou reclamos quanto a dificuldades de exercício da fiscalização da rede (foco administrativo), enquanto que os respondentes do

grupo 3 também trouxeram queixas quanto à falta de infra-estrutura, mas se referiram à insuficiência de informações quanto ao atendimento disponibilizado na rede e quanto às atividades dos conselhos, entidades comunitárias e ONGs atuantes no distrito, dando ênfase, assim, à solução de problemas da comunidade.

nº	segmento	cat.	mic.	Sugestões	grau de participação fev-jul/2005
1	Entidade	Tit.	3.1	1. Edição de um boletim periódico dando conta das ações de saúde distritais e das atividades do conselho para a população.	Grupo 1: Participação ótima
6	Morador	Tit.	3.1		
7	Morador	Tit.	3.3	1. Implantação de uma central de atendimento no distrito para recebimento de reclamações e sugestões, com infra-estrutura administrativa adequada (secretária, computador). 2. Implantação de uma comissão permanente de visita às unidades de saúde, contando com infra-estrutura de transporte.	
10	Trab.	Tit.	3.3	1. Promoção da conscientização das comunidades quanto ao papel de conselheiro, buscando minimizar o não comprometimento de alguns após serem eleitos. 2. Formação de uma comissão do conselho para participar das reuniões administrativas de todas as unidades de saúde com o objetivo de ouvir a comunidade e os profissionais de saúde.	
9	Morador	Sup.	3.3		Grupo 2: Participação boa ou regular
3	Entidade	Tit.	3.3	1. Realização de reuniões/apresentações na comunidade em fins de semana para debate dos problemas, envolvendo os profissionais de saúde, agentes comunitários e gestores distritais.	
5	Entidade	Sup.	3.3		
12	Trab.	Sup/ Tit.	3.2		
2	Entidade	Tit.	3.2		Grupo 3: Participação incipiente ou nula
8	Morador	Sup.	3.1		
4	Entidade	Sup.	3.2		
11	Trab.	Sup.	3.1	1. Realização de um congresso de profissionais de saúde da família.	

Quadro 24 (6) – Sugestões para melhoria do conselho distrital

A maior parte das sugestões foram apresentadas por conselheiros como soluções aos problemas por eles mesmos apontados. No caso, o grupo 1 contou com contribuições de três de seus componentes, enquanto os demais grupos tiveram apenas a contribuição de um componente, refletindo também nessa área uma alta correlação com o grau de participação dos conselheiros.

Além da maior quantidade, os integrantes do grupo 1 trouxeram propostas mais específicas e de aparente maior eficácia, se comparadas com as demais.

A implantação de uma “central de atendimento” para recebimento de reclamações e sugestões, dotada de infra-estrutura adequada (secretária e computador) vem ao encontro das deficiências de infra-estrutura de trabalho apontadas, e coincide com a proposta de criação de uma ouvidoria, constante de uma das apresentações realizadas pela gerência do distrito. Essa proposta depende essencialmente do distrito, uma vez que exigiria investimentos em instalações, equipamentos, comunicações e pessoal.

Já a proposta de edição de um boletim periódico, dando conta das ações de saúde distritais e das atividades do conselho para a população, implicaria custos bem menores e poderia auxiliar, juntamente com outras ações de comunicação, na conscientização dos usuários do real papel do conselho, também demandada, podendo servir ainda como instrumento de prestação de contas, tanto da gestão quanto dos agentes de controle social.

A implantação de uma comissão permanente de visita às unidades de saúde, contando com infra-estrutura de transporte, assim como de uma comissão para participar das reuniões administrativas de todas as unidades de saúde com o objetivo de ouvir a comunidade e os profissionais de saúde, dependeriam somente da articulação interna do conselho, uma vez que, em princípio, o transporte poderia ser disponibilizado, como dantes, pelo distrito.

A realização de reuniões/apresentações na comunidade em fins de semana para debate dos problemas, envolvendo os profissionais de saúde, agentes comunitários e gestores distritais, dependeria do envolvimento dos conselheiros e da comunidade. Apresenta-se como proposta de maior risco, tendo em vista as reclamações trazidas justamente quanto à acomodação e não comprometimento, respectivamente, desses atores. Já a realização de um congresso de profissionais de saúde da família dependeria principalmente dos gestores públicos, distritais ou da Secretaria Municipal de Saúde.

6.4 Disponibilidade de informações para o Conselho

6.4.1 Informações apresentadas pela gerência distrital

Foram levantadas, por meio de pesquisa documental e entrevistas não estruturadas com gestores distritais e com a secretária executiva do CD-III, as informações formalmente apresentadas pelo Distrito Sanitário III aos conselheiros desde a sua implantação (outubro/2003) até o fim do período observado pelo pesquisador (14 de julho de 2005).

Da mesma forma que ocorreu no levantamento das atividades do conselho, a coleta de dados para o período prévio à observação participante (até fevereiro de 2005) ficou limitada ao recebimento de cópias do material apresentado pela gerência distrital e ao depoimento de gestores e da secretária executiva do CD-III, uma vez que o livro de atas do Conselho fora extraviado. Isso prejudicou principalmente a confirmação do conteúdo exato que foi apresentado e das datas em que houve as apresentações, já que os próprios entrevistados expressavam dúvidas sobre quando exatamente elas haviam ocorrido.

Para o primeiro período, de outubro de 2003 a janeiro de 2005, foi possível levantar a realização das seguintes apresentações formais de informações ao CD-III:

- a) “Distrito Sanitário III”: apresentação inicial aos conselheiros, realizada ainda em 2003, trazendo: a caracterização geográfica (topografia, população, bairros), disponibilidade de saneamento básico e serviços de saúde em cada microrregião; a evolução do coeficiente de mortalidade (1995/1996/2002) e percentual de óbitos evitáveis em crianças menores de um ano (2002) no distrito; o modelo proposto de atenção à saúde, mostrando os recursos disponíveis aos usuários, estratificados por nível de complexidade de atendimento, desde agentes de saúde ambiental (ASA), agentes comunitários de saúde

(ACS), postos de saúde da família (PSF), centros de saúde, policlínicas até o único hospital geral do distrito;

- b) “Questões estratégicas”: transparências referentes ao planejamento 2003/2004, apresentado pela gerência distrital em maio de 2004, relacionando dez fragilidades percebidas na gestão da saúde no distrito e as respectivas ações intencionadas no sentido de saná-las;
- c) “Avaliação das ações desenvolvidas de 2001 a 2004”: transparências apresentadas em julho de 2004, mostrando: a evolução do número de unidades, equipes e postos de saúde da família e da cobertura de ACS no distrito; ações e programas realizados nas unidades de referência; programas especiais distritais; ações de atenção a grupos especiais e de saúde mental; evolução das ações de saúde ambiental e de educação popular em saúde; produção das vigilâncias sanitária e epidemiológica e avanços na gestão participativa/control social; conquistas dos trabalhadores da saúde (plano de carreira, direitos trabalhistas aos ACS); produção ambulatorial das unidades de média complexidade;
- d) “Balanço da Gestão”: resumo de inovações e da evolução de diversos indicadores de saúde em nível municipal, classificados por tópicos: gestão de inclusão (aumentos na quantidade de unidades e na cobertura de PSF e PACS), gestão de impacto (reduções em mortalidade por diversas causas e na incidência de várias doenças), gestão de reabilitação da cidadania (centros de atenção psicossocial, residências terapêuticas, bolsas de volta para a família), gestão veloz (taxas mensais de implantação de novas unidades e de contratação de pessoal), gestão de investimentos (multiplicação de valores aplicados

pelo Município e aumento do percentual de participação da Prefeitura nas receitas do SUS), e gestão premiada (prêmios e indicações recebidos por unidades e profissionais de saúde municipais).

Dentre as “questões estratégicas” (alínea “b” acima), foi colocada a “inadequação e desconhecimento do papel dos conselheiros de saúde por parte dos funcionários, gestores e população”, tendo sido enunciada, como ação principal “esclarecer e discutir o papel e a importância dos conselheiros de saúde, no âmbito distrital e das unidades de saúde”. As demais ações derivadas foram as seguintes:

- a) garantir espaço físico definido para o conselho distrital e para os conselhos gestores (parcialmente implementada);
- b) criar ouvidoria como instrumento de controle social (não implementada);
- c) estimular, através de eleições, a renovação dos conselhos gestores já formados há algum tempo: unidades Barros Lima e Albert Sabin (implementada para uma delas);
- d) capacitar continuamente todos os conselheiros: distritais e de CGUs (implementada parcialmente, até final de 2004);
- e) criar conselhos gestores em unidades de referência que ainda não possuam (parcialmente implementada);
- f) discutir e aprovar o regimento interno do conselho distrital (implementada); e
- g) discutir e aprovar o regimento interno de cada CGU do distrito, respeitando-se um modelo distrital (implementada para os conselhos instalados).

A discussão e aprovação de regimentos dos CGUs (alínea “G”) vinham sendo feitas à medida da criação desses colegiados. Quanto à alínea “a”, o CD-III possuía um local fixo para a realização de reuniões (auditório de uma das unidades), mas a secretaria executiva funcionava dentro do setor de apoio à gerência do distrito, sem infra-estrutura adequada para suporte aos conselheiros. A ouvidoria (alínea “b”) também não fora criada, fazendo parte dos anseios de alguns conselheiros entrevistados neste trabalho.

A renovação dos conselhos gestores antigos estava sendo estimulada, mas um deles ainda não havia promovido nova eleição. A capacitação de conselheiros, em que pese a realização dos treinamentos em novembro e dezembro de 2004, não tinha sido contínua conforme previsto.

Para esse primeiro período, constatou-se a capacitação, mesmo que descontínua, de conselheiros não gestores, o início da consolidação desse novo papel perante funcionários, gestores e população, e o compartilhamento razoável com eles das idéias e planos da gerência do distrito, tendo como base o modelo proposto de atenção à saúde. Também foram disponibilizadas informações epidemiológicas básicas e sobre o desempenho de algumas ações de saúde, em níveis distrital e municipal, por meio das apresentações já mencionadas.

Para o período seguinte, de fevereiro a julho de 2005, além dos informes e respostas aos questionamentos efetuados na discussão de pontos de pauta das reuniões, foi apresentado formalmente, para apreciação do conselho, na reunião ordinária de 12 de abril de 2005, o seguinte documento: “Relatório de Gestão 2001-2004” (DS-III, 2005).

Apesar do título, no item “apresentação” do documento estava informado que se trata de uma “síntese das ações realizadas no Distrito Sanitário III, da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, no período de **2002** a 2004”. Entretanto, de fato, no seu bojo, as informações apresentadas abrangiam o período de 2001 a 2004, que coincidia com o mandato municipal

anterior. Vale registrar que houve reeleição do então prefeito para o mandato 2005-2008 e a conseqüente manutenção das políticas de saúde. Do documento, constava o seguinte:

- a) breve descrição, histórico e aspectos geográficos do distrito;
- b) “Controle social”: dois parágrafos onde se faz menção ao controle social no SUS, regulamentado pela Lei nº 8.142/90, e a uma lista de entidades, constante do “Anexo I” (23 associações comunitárias e ONGs cadastradas no distrito), que exerceriam esse controle do Distrito Sanitário III;
- c) “Entidades parceiras”: relação de instituições públicas e privadas que, atuando em parceria com o DS-III, garantiriam o “exercício da intersetorialidade nas ações de saúde”, tais como: conselhos de políticas públicas, secretarias municipais e empresas públicas concessionárias de serviços, sindicatos, instituições de ensino, etc.;
- d) diagrama do “Modelo de Atenção à Saúde do Distrito”;
- e) “Ações e Programas de Saúde”: breve descrição e registro de realizações de diversos projetos e ações especiais, desenvolvidos no nível distrital (nove projetos) e municipal (Programa de Saúde Ambiental e Projeto Cidadão, de atendimento a recém-nascidos de risco);
- f) “Rede de Saúde Distrital”: descrição breve e localização das unidades de saúde do distrito e referência ao Serviço de Assistência Médica de Urgência (SAMU);
- g) “Aspectos Epidemiológicos”: tabelas e comentários sobre a evolução de diversos indicadores, ano a ano, de 2001 a 2004, a saber: número de óbitos e coeficiente de mortalidade infantil; leptospirose (número de casos e de óbitos, letalidade); dengue, tuberculose e hanseníase (número de casos e coeficiente de detecção); meningite (surto ocorrido em 2002);

- h) “Organograma do Distrito”: diagrama e descrição das responsabilidades dos departamentos componentes do DS-III;
- i) “Relatório de Avaliação de Gestão/2004 – Departamentos do Distrito Sanitário III – Departamento de Atenção à Saúde”: comentários sobre a evolução do departamento a partir de 2001 e uma tabela sintetizando desafios, avanços e perspectivas para 2005 sobre os seguintes aspectos: integralidade; humanização; recursos humanos; serviços; referência e contra-referência; infra-estrutura (incluindo previsão de instalação de uma sala de situação no DS-III); e controle social (contemplando ampliação de conselhos locais e a discussão sobre ouvidoria distrital);
- j) “Relatório de Avaliação de Gestão/2004 – Departamentos do Distrito Sanitário III – Departamento de Recursos Humanos”: comentários sobre a ampliação havida no quadro de servidores, quadro de avanços e perspectivas na área e apresentação do efetivo atual do distrito diferenciado por origem/vínculo: Prefeitura Municipal do Recife (PCR), outros órgãos, contrato por tempo determinado, terceirizados, estagiários e servidores com adesão ao PSF;
- k) “Relatório de Avaliação de Gestão/2004 – Departamentos do Distrito Sanitário III – Departamento de Vigilância à Saúde”: histórico e quadro-resumo das ações realizadas de 2001 a 2004 para cada uma das suas três divisões: vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância epidemiológica;
- l) “Relatório de Avaliação de Gestão/2004 – Unidades básicas e especializadas”: histórico, perfil, desafios, avanços e perspectivas em diversos aspectos de 14 unidades de saúde básicas e especializadas do DS-III;

m) “Produção das unidades no ano de 2004”: tabelas com quantidades de procedimentos realizados nas unidades de saúde e ações dos agentes comunitários de saúde do DS-III no ano de 2004.

Deve-se salientar que não houve qualquer menção ao documento ora descrito nas quatro reuniões seguintes do CD-III observadas. Nem os conselheiros nem gestores fizeram qualquer comentário, nem os gestores lembraram de perguntar se havia alguma dúvida sobre o relatório, nem mesmo trouxeram exemplares para os conselheiros que haviam faltado quando da distribuição.

Apesar de não constarem do referido documento informações financeiras, orçamentárias e contábeis (alínea “a” da tipologia adotada neste trabalho), havia muita informação epidemiológica (item “Aspectos Epidemiológicos”) e sobre a produção de serviços e ações do gestor da saúde (itens “Ações e Programas de Saúde”, “Avaliação de Gestão” de departamentos e de unidades, e “Produção das unidades no ano de 2004”), cobrindo as alíneas “b” e “c” da mesma classificação.

A falta de exposição de informações financeiras, orçamentárias e contábeis foi justificada pelas gerentes distritais entrevistadas como decorrente da falta de autonomia orçamentário-financeira dos distritos sanitários. Segundo informado, o DS-III não podia licitar nem celebrar contratos, e somente dispunha de R\$ 16 mil mensais para pequenas despesas emergenciais com material de consumo e serviços de terceiros para manutenção das instalações do distrito e das suas 37 unidades de saúde. Todas as necessidades de compras e de serviços eram encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, que executava as aquisições e celebrava os contratos. Aos responsáveis no distrito cabia apenas a atestação de que os materiais foram fornecidos e/ou os serviços foram devidamente executados.

Ainda conforme levantado, as discussões sobre incrementos na rede de saúde e alocação de recursos para obras maiores, a exemplo da construção de novas unidades, eram travadas no Orçamento Participativo. As pressões por gasto no distrito se referiam normalmente a pequenas obras, como reformas e consertos.

Mesmo assim, sem possuir autonomia, o Departamento Administrativo Financeiro do DS-III tinha informação disponível sobre orçamento e a alocação de recursos financeiros no distrito. Entretanto, segundo a gerente da área, no cargo há cinco meses, e com experiência anterior como gerente de unidades no distrito, os conselheiros não buscavam tais informações.

6.4.2 Informações disponíveis no DS-III e SMS/Recife

Para se obter a situação da disponibilidade efetiva de informações sobre o Distrito Sanitário III, que poderiam ser eventualmente acessadas pelos seus conselheiros, foram também realizadas pesquisas documentais e entrevistas não estruturadas com gestores e técnicos dos departamentos do DS-III, assim como de diversos departamentos da Secretaria Municipal de Saúde.

Buscou-se conhecer, de forma geral, que informações já estavam disponíveis nesses departamentos e que poderiam ser consultadas pelos conselheiros distritais, caso eles tivessem interesse. Também foi perguntado aos informantes desses departamentos se havia procura dessas informações por conselheiros distritais.

Os gestores e técnicos do DS-III informaram que havia contatos esparsos de conselheiros, mas com interesse específico em situações pontuais, limitados ao interesse de suas respectivas comunidades, referentes ao funcionamento de unidades de saúde ou à qualidade de atendimento.

Coincidentemente, estava sendo desenvolvido um projeto na gerência do distrito para construção de uma “sala de situação”. Na ocasião, já estavam definidos 12 (doze) grupos de indicadores e respectivas fontes de dados, as quais, de forma similar à sala de situação proposta pelo Ministério da Saúde, eram, na sua maioria, sistemas do DATASUS.

Diferentemente da proposta do Ministério, a sala de situação do DS-III não incluía “receita e despesa” (item 2 do modelo, contemplando: orçamento da saúde, receita por fonte e principais despesas), assim como não mostrava as “medidas decorrentes da situação de saúde e tomada de decisão” (itens 12 e 13 da proposta federal, consistindo de resumos mensais dos problemas identificados, medidas priorizadas e resultados alcançados).

Por outro lado, conservou o item “gestão democrática”, que englobaria, no caso do DS-III, as atividades, reuniões, resoluções e avaliações do conselho distrital e dos CGUs, vindo ao encontro das reclamações de alguns conselheiros, expressas nas entrevistas, quanto à necessidade de se dar publicidade à atuação do conselho distrital.

Conteúdo do Indicador	Fonte
1. População; Recursos Humanos; capacidade instalada; cobertura PACS e PSF	Projeção da pop. Municipal; DRH; SIAB.
2. Produção (consultas; internações; visitas domiciliares)	SIA; SIH; SIAB
3. Saúde menores de 1 ano (nasc.;baixo peso; amamentação; desnutrição; vacinação; mortalidade)	SINASC; SI-PNI ; SIAB; SIM; SIH
4. Saúde das crianças de 1 a 9 anos (vacinação; desnutrição; mortalidade)	SI-PNI; SIAB; SIM SIH
5. Saúde do adolescente (gestação; parto; pré-natal; DST/AIDS; mortalidade)	SINASC; SIM; SIAB; SISPRÉ-NATAL; SIH; SINAN
6. Saúde da Mulher (gestação; parto; vacinação; pré-natal; doença hipertensiva; DST/AIDS; mortalidade)	SINASC; SI-PNI; SIAB; SIA; SIH; SIM; SINAN
7. Doenças e agravos de notificação compulsória	SINAN
8. Agravos crônicos (Tuberculose; Hanseníase)	SINAN
9. Gestão Democrática (atividades, reuniões, resoluções e avaliações do Conselho Distrital e dos Conselhos das Unidades de Saúde)	Livros de Atas dos Conselhos
10. Saúde Bucal	SIAB e SIA
11. Saúde Mental	Programa de Saúde Mental
12. Situação Sanitária	SIAB e Vig. Ambiental

Quadro 25 (6) – Indicadores da Sala de Situação do DS-III

No caso dos informantes dos departamentos da SMS/Recife, todos aqueles pesquisados afirmaram não haverem sido procurados por conselheiros distritais. A maior

procura por informações, sejam epidemiológicas, sejam sobre o funcionamento e produção da rede de saúde, ou mesmo sobre recursos financeiros envolvidos, advinha de estudantes e pesquisadores, dos próprios gestores públicos e, eventualmente, de conselheiros municipais.

De uma maneira geral, as informações epidemiológicas, de vigilância sanitária e ambiental, bem como sobre a produção de serviços, das unidades e dos profissionais de saúde, eram coletados no dia-a-dia pelos distritos sanitários e remetidas para a SMS/Recife. Na Secretaria, em diversos departamentos, essas informações eram compiladas e então eram produzidos relatórios gerenciais que consolidavam indicadores e estatísticas para o município como um todo e para cada um dos distritos.

Assim, nem sempre os indicadores que permitiriam a comparação do desempenho atual do distrito com o seu desempenho passado, ou mesmo com o de outros distritos ou com o município como um todo, estavam disponíveis no próprio distrito. Por outro lado, os departamentos da SMS/Recife possuíam tais indicadores, que eram publicados em boletins periódicos ou especiais, e, mesmo quando não o eram, estavam disponíveis para consultas por qualquer interessado, em especial pelos conselheiros de saúde.

Na Secretaria Municipal de Saúde, a pesquisa sobre a disponibilidade de informação para controle social foi iniciada ainda na fase exploratória deste trabalho em contatos com a diretora e técnicos da Diretoria Geral de Planejamento (DGP).

No momento da coleta de dados (abril e maio de 2005), já estava sendo elaborado o Plano Municipal de Saúde para o período 2006-2009, por meio de oficinas de trabalho compostas por gestores e conselheiros municipais, devendo o plano ser apreciado, ajustado e aprovado na 7ª Conferência Municipal de Saúde, prevista para ocorrer em outubro de 2005.

Na DGP, reconhecia-se que as informações disponibilizadas pelos gestores não atendiam aos conselheiros de saúde, pelo menos os municipais, já que sempre existiram críticas de parte do CMS/Recife quanto à linguagem empregada e ao nível de detalhamento

insuficiente dos relatórios de gestão anuais que são editados pela SMS/Recife. Como prova da intenção de prover instrumentos alternativos de comunicação foi citado o documento “Marcas da Gestão”, contendo um balanço da área de saúde para aquele ano, e mencionado estar em elaboração uma cartilha chamada “Cuidando da Saúde no Recife”, englobando o período de 2001 a 2004.

Ainda nessa diretoria, foi apresentado um panorama da disponibilidade de informações para controle social no âmbito da Secretaria, tendo sido apontadas ao pesquisador as unidades responsáveis pelo seu tratamento e divulgação, as quais foram visitadas em seguida.

Quanto a informações epidemiológicas, de vigilância sanitária e ambiental, a responsabilidade pelo tratamento e divulgação em nível municipal era da Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde (DIEVS).

Nos distritos sanitários existiam departamentos de vigilância a saúde que eram responsáveis pela realização descentralizada de grande parte das atividades das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, mas sob a coordenação técnica das correspondentes repartições da DIEVS.

Dentro da DIEVS, as informações de morbidade (incidência de doenças) eram coletadas pelos distritos sanitários e repassadas à Diretoria Executiva de Epidemiologia (DEPE), a qual, por sua vez, alimentava as bases de dados nacionais do Sistema de informações de agravos de notificação (SINAN). Já as informações de natalidade e mortalidade eram informadas à DEPE diretamente pelas unidades de saúde, sem intermediação dos distritos, e serviam para alimentar os sistemas nacionais de informações sobre mortalidade (SIM) e sobre nascidos vivos (SINASC).

A principal publicação da DEPE era o “Quadro Epidemiológico do Recife” que trazia a evolução de indicadores, geral e por distrito sanitário, para o ano corrente e para o

mesmo período do ano anterior. O último quadro publicado se referia aos anos completos de 2003 e 2004, havendo a pretensão de editá-lo pelo menos duas vezes por ano. Esse quadro mostrava o seguinte:

- a) morbidade por doenças e agravos de notificação compulsória: número de casos e coeficiente de detecção;
- b) indicadores de natalidade e de vigilância das crianças com maior risco de morte no primeiro ano de vida;
- c) indicadores de mortalidade, por faixa etária e causa.

Outra publicação obtida na DEPE, o *folder* “Consolidando a Vigilância à Saúde no Recife”, trazia informações demográficas básicas da cidade, mostrava a divisão da cidade em distritos sanitários e apresentava resumidamente o modelo de atenção à saúde do Recife, além das mesmas informações do “quadro epidemiológico” supracitado pertinentes ao ano de 2003. Também mostrava a evolução de indicadores de nascidos vivos, agravos de notificação compulsória e de mortalidade entre 2000 e 2003, geral e por distrito sanitário. Por fim, descrevia as “estratégias operacionais” adotadas na SMS/Recife com a municipalização dos sistemas de informação epidemiológica SINASC, SINAN e SIM.

Conforme consta dessas “estratégias operacionais”, com a ampliação do elenco de variáveis processadas (bairro, logradouro e estabelecimento de ocorrência), permitiu-se “a detecção e mapeamento de desigualdades intra-urbanas em saúde e suas relações com a heterogeneidade social da cidade”. Com esse recursos, conselheiros distritais, por exemplo, poderiam conhecer e comparar indicadores dos bairros e comunidades de seu interesse.

As informações de vigilância sanitária estavam a cargo da Diretoria Executiva de Vigilância Sanitária (DEVISA) e consistiam, quando da pesquisa, basicamente de um banco de dados sobre as ações de vigilância realizadas: inspeções, apreensões, interdições,

notificações, autuações e cadastros. Para cada distrito era editado mensalmente, com base nesse banco de dados, um “Quadro Demonstrativo das Inspeções Sanitárias realizadas por Distrito Sanitário do Recife”.

Estava em implantação um sistema informatizado que iria permitir a alimentação descentralizada dos dados pelos próprios distritos, até então realizada pelo envio de mapas mensais de produção à DEVISA, assim como permitir a realização de diversas consultas gerenciais, controle de licenças emitidas, fornecimento de roteiros de inspeção para preenchimento *in loco*, acompanhamento de processos administrativos gerados pelas inspeções, entre outras funcionalidades.

Além das informações sobre as ações rotineiras de vigilância sanitária, estavam disponíveis informações sobre capacitações realizadas para segmentos específicos (restaurantes, consultórios odontológicos, etc.) e sobre as ações de vigilância realizadas de forma centralizada pela DEVISA, e não pelos distritos, em estabelecimentos tais como hospitais e farmácias.

Ainda no âmbito da DIEVS, as informações de vigilância ambiental estavam sob a responsabilidade do Centro de Vigilância Ambiental (CVA). As ações de vigilância ambiental eram realizadas pelos agentes de saúde ambiental (ASA) lotados em cada distrito e incluíam a verificação de condições de saneamento básico, da qualidade da água, controle de vetores, etc. O CVA tinha a coordenação central da saúde ambiental no Município e executava atividades não descentralizadas, tais como a captura e custódia de animais transmissores da raiva e análises de entomologia.

No CVA, havia uma coordenação que cuidava da coleta de informações junto aos distritos e que publicava relatórios de atividades semestrais e anuais, bem como de índices de vetores (ciclo bimensal), mostrando resultados consolidados e por distrito. Não existia ainda um sistema de informação nacional sobre vigilância ambiental e estava em elaboração, de

forma similar à DEVISA, um sistema informatizado municipal para permitir a coleta de dados *online* dos distritos e a geração de diversos relatórios gerenciais.

As informações sobre produção de serviços, das unidades e dos profissionais de saúde, eram tratadas segundo a sua natureza. Aquelas referentes à atenção básica eram processadas na Diretoria Executiva de Atenção Básica (DEAB), e as demais, eram de responsabilidade da Diretoria Executiva de Produção, Controle e Avaliação (DEPCA), ambas repartições subordinadas à Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) da SMS/Recife.

A DEAB recebia os mapas mensais de produção da atenção básica dos distritos, englobando PSF, PACS e produção de unidades básicas de saúde (policlínicas e postos de saúde), os conferia, consolidava e enviava os resultados para a Secretaria Estadual de Saúde, que, por sua vez, procedia à alimentação do sistema de informações da atenção básica (SIAB) do DATASUS.

Os distritos sanitários recebiam mensalmente o resultado da consolidação efetuada pela DEAB, podendo fazer comparações com o desempenho anterior e com os de outros distritos. Na época da coleta de dados, estava em elaboração uma sala de situação da atenção básica (Sala SIAB), consistindo de uma tabela de indicadores, por distrito, com valores mês a mês do ano corrente e médias ou totais do ano anterior. A versão obtida continha dados até abril de 2005, trazendo em resumo o seguinte:

- a) Características: número de equipes PSF, dados da população (alfabetização, plano de saúde), dados sobre moradia e saneamento, estatísticas sobre grupos especiais (gestantes, crianças menores de um ano, hipertensos, diabéticos, etc.);
- b) Indicadores de oferta de serviços: números de visitas, consultas, atendimentos, solicitações de exames, encaminhamentos, procedimentos, etc.;

- c) Indicadores de avaliação: baixo peso ao nascer, vacinação, aleitamento materno, desnutrição, diarreia, infecções, internação de menores de cinco anos, óbitos de menores de um ano, pré-natal e vacinação de gestantes, etc.

Em comparação com a sala de situação proposta pelo Ministério da Saúde, a Sala SIAB era bem mais restrita. Além de se limitar naturalmente às ações de atenção básica, não incluía item de “receita e despesa”, não mostrava o registro da ocorrência de agravos de notificação compulsória (que, no caso, pode ser suprido pelo “Quadro Epidemiológico do Recife”), bem como não trazia os itens de “gestão democrática”, nem de “medidas decorrentes da situação de saúde e tomada de decisão”. Por fim, na versão apresentada, não havia um conceito avaliativo da situação, expresso em cores, a saber: a) vermelha: situação ruim; b) amarela: sinal de alerta; e c) verde: situação boa.

A produção das unidades, dos profissionais e os procedimentos realizados não relacionados à atenção básica, por seu turno, eram informados diretamente à DEPCA pelas unidades de saúde. A DEPCA procedia às conferências e consolidações cabíveis e alimentava os sistemas nacionais de informações hospitalares (SIH/SUS) e de informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Na DEPCA, foi levantado que era possível, por meio da facilidade “TAB-WIN”, obterem-se, com um mínimo de esforço de consulta, inúmeros relatórios gerenciais sobre a produção ambulatorial e hospitalar do município, com detalhamento em nível de bairros, unidades, etc.

6.4.3 Informações disponíveis no DATASUS

Além das informações disponíveis no próprio DS-III e na SMS/Recife, tratadas no item anterior, os conselheiros tinham a possibilidade, por meio de acesso ao *site* do DATASUS na Internet, de consultar vários dos sistemas nacionais citados.

Uma opção abrangente para conselheiros de saúde, por consolidar informações epidemiológicas, de produção e orçamentário-financeiras de diversas fontes, era o “Caderno de Informações de Saúde”.

As limitações básicas dos sistemas nacionais via Internet seriam a impossibilidade de detalhar as informações além do nível de município e o atraso na disponibilização das informações. No caso dos conselheiros distritais, eles não poderiam visualizar dados dos distrito isoladamente. O atraso decorria das verificações e consolidações efetuadas em nível federal antes da divulgação dos dados na Internet. Assim, conforme salientou Bueno (2003), “eventualmente, bases de dados residentes em estados e municípios estão mais atualizadas que as nacionais (SIM, SINASC, SI-PNI etc.)”.

No caso do “Caderno de Informações de Saúde”, a não ser quanto a informações demográficas, atualizadas por estimativa até 2005, os períodos de referência das informações variavam, por exemplo: do ano de 2000 para “saneamento”, ano de 2002 para “mortalidade e nascimentos”, 2003 para “orçamentos públicos”, julho de 2003 para “redes ambulatorial e hospitalar” até 2004 para os demais itens do menu (MS, 2005).

7 Comparação com estudos anteriores

7.1 CES/Pernambuco

Diferentemente do caso do CES/PE (ALBUQUERQUE, 2000), os conselheiros do CD-III vinham efetivamente “produzindo e sintetizando informações em saúde a partir de dados oriundos dos usuários e trabalhadores em saúde, no sentido de poder re-contar a realidade dos serviços de saúde, sob o ponto de vista desses segmentos sociais”.

Também, para a maioria dos entrevistados, muito provavelmente por terem sido eleitos democraticamente, e não simplesmente indicados pelos dirigentes de suas entidades, não foi verificada “fragilidade na relação dos conselheiros com suas entidades de origem”.

De forma convergente com aquela pesquisa, no presente estudo de caso, as informações disponibilizadas pelo DS-III se referiam, em boa parte, a “questões em que havia interesse do gestor pela aprovação do conselho”, assim como, quase sempre, “as informações não eram disponibilizadas com a antecedência necessária à avaliação adequada pelos conselheiros”, ou seja, eram apresentadas apenas na hora das reuniões.

Similarmente ao que foi constatado no CES/PE, alguns entrevistados se queixaram de que as informações, por vezes, eram “fornecidas numa linguagem de difícil compreensão, resultando na participação efetiva de poucos conselheiros nas discussões”. Assim, “a informação institucional em saúde que era disponibilizada não vinha promovendo uma interlocução, mas, na maioria das vezes, se buscava legitimar as propostas institucionais”.

Outro achado semelhante foi que a participação dos trabalhadores e usuários na chamada “gestão participativa em saúde” tinha pouca influência no direcionamento da política de saúde do distrito e havia uma “incipiente articulação dos conselheiros entre si e entre os segmentos sociais representados” (entre usuários e trabalhadores em saúde). Nesse último caso, a fraca integração poderia ser explicada pelo interesse da maior parte dos representantes

de entidades e moradores (usuários) por questões pontuais e restritas às suas próprias comunidades.

7.2 CMS/Recife

Em comparação com o estudo realizado sobre o CMS/Recife (SILVA, 1997), conforme já comentado, não se verificou “fragilidade do vínculo orgânico do representante com a sua base social”, nem “inexperiência quanto à inserção em processos participativos”, já que, exceto por dois representantes de trabalhadores suplentes, todos os pesquisados declararam fazer parte de conselhos ou associações comunitárias e/ou eram delegados do Orçamento Participativo.

Não chegou a ser observada uma explícita e permanente “pressão para aprovação de questões”, verificada no estudo de caso do CMS/Recife, embora, em alguns casos, conforme já comentado, diante da reconhecida dificuldade de alguns conselheiros com a linguagem utilizada pelo distrito, e o tempo limitado para debate, ficava aberta a oportunidade de “uso do saber técnico para impor decisões, que deveriam ser, também, de caráter político”.

Por fim, diante disso, pode-se afirmar também para o CD-III que “a complexidade e o caráter técnico dos problemas e soluções, aliada à falta de informações, enfraqueceram o Conselho de Saúde, enquanto espaço de participação e representação de interesses”.

7.3 CMS/Ribeirão Preto-SP

Quanto aos “limites do espaço de participação para construção da cidadania”, observados no estudo do CMS/Ribeirão Preto (GONÇALVES, 1999), como já tratado nos

itens anteriores, há similaridade parcial, pois, naquele colegiado, à época da pesquisa, os temas eram “levados ao Conselho apenas para aprovação, não oportunizando discussões prévias”.

A respeito das constatações daquele estudo, de que “alguns segmentos não levavam para o Conselho suas demandas, utilizando outros canais”, somente houve um caso em que poderia ter ocorrido esse desvio no CD-III. Tratou-se do alijamento do conselho e do próprio DS-III, ou seja, de “utilização de outros canais”, quando houve um encontro de uma comunidade do distrito com o secretário municipal de saúde para discutir problemas de atendimento, sem ter havido, em princípio, a prévia comunicação ao conselho ou ao distrito.

Quando essa situação foi discutida numa reunião ordinária do CD-III, o conselheiro representante da área se mostrou surpreso e insatisfeito com o não acionamento do conselho distrital por meio de sua pessoa, não restando comprovado assim que tal encontro tenha sido orquestrado pelo próprio, o caracterizaria, em caso de sua conviência, a “utilização de outros canais”, que não o conselho de saúde, para encaminhamento de demandas do segmento de usuários.

Quanto ao “corporativismo de alguns segmentos, que impediam a publicização de projetos de interesse” no caso do CMS/Ribeirão Preto, não chegou a ser observado neste trabalho.

7.4 CMS/Santana do Ipanema-AL

A pesquisa sobre o CMS/Santana do Ipanema-AL (CORREIA, 2000), por sua vez, converge com o presente estudo no que tange à constatada manutenção de “uma constante articulação dos representantes do segmento de usuários com as entidades que

representavam, o que estabeleceu uma certa permeabilidade da gestão às demandas da população”.

O foco daquele estudo era a atuação do conselho na fiscalização de um fundo municipal de saúde (FMS), tendo sido registrado que “o controle social sobre o FMS pelos conselheiros limitara-se à aprovação ou reprovação das prestações de contas e/ou pedidos de esclarecimentos sobre gastos efetuados”, e que “os instrumentos de prestações de contas ainda eram muito complexos, o que dificultava a avaliação de receitas e despesas e a conferência das notas comprobatórias”, e ainda que “as informações sobre receitas eram domínio do gestor, ficando a critério dele repassá-las ou não ao conselho”.

O presente estudo, por se referir a um distrito sanitário, no qual não havia autonomia orçamentário-financeira, e ainda diante do pouco interesse dos conselheiros sobre as finanças do distrito, pois apenas dois deles mencionaram essa demanda, findou não explorando a atuação do conselho distrital sobre o ingresso e as aplicação de recursos no distrito, prejudicando possíveis comparações.

Mesmo assim, os resultados do estudo anterior permitem antever dificuldades semelhantes de atuação do conselho nessa área, porque os instrumentos de “prestações de contas” tendem a ser complexos e potencialmente sujeitos a manipulação ou censura por parte do gestor, e parte dos próprios conselheiros se ressentiam de falta de capacidade para compreender informações expressas em linguagem mais “técnica”.

7.5 CMS/Brejo da Madre de Deus e Petrolina-PE

No estudo sobre o CMS de Brejo da Madre de Deus e Petrolina-PE (BISPO, 1999), foi observado que “os conselheiros que possuíam experiência de participação em

outros espaços (principalmente políticos) e em cursos/oficinas de capacitação tinham expressado uma participação mais qualificada”.

No caso do CD-III, apenas três conselheiros declararam não ter participado de eventos formais de capacitação de conselheiros. Um deles era um dos suplentes sem atuação no colegiado, daqueles que entendiam que somente deveriam assumir em caso de impedimento de seus titulares, e as outras duas pessoas, com participação efetiva no conselho, demonstraram estarem capacitadas para o exercício do cargo, pelo o que declararam nas entrevistas e pelo desempenho observado, mesmo sem ostentarem uma capacitação formal.

Diante disso, temos que a capacitação prévia formal e a participação em outros espaços políticos, sendo esta última um traço característico de quase todos os membros do CD-III, não funcionaram como fator de diferenciação notável de uma participação mais ou menos qualificada.

Da mesma forma, a escolaridade também não se mostrou uma variável relevante para definir a qualidade da participação. Como exemplo, dentre os quatro conselheiros cuja participação foi considerada “ótima”, dois tinham pós-graduação, um tinha ensino médio completo e o outro, considerado pelos seus pares um “conselheiro padrão”, possuía apenas ensino fundamental incompleto.

7.6 Ministério da Saúde

Por fim, a pesquisa realizada sobre conselheiros pelo Ministério da Saúde (MS, 2004), cuja amostra continha 25% de conselheiros municipais, revelou que a utilização dos sistemas do Governo Federal (páginas do Datasus, MS, SIOPS, CNS, etc. na Internet) ainda era pequena, não alcançando 10% dos respondentes.

Neste estudo, não houve, por parte dos entrevistados, qualquer menção a tais sistemas como fontes de informação. Por outro lado, houve várias reclamações quanto à inexistência de infra-estrutura de informática e de comunicação para o conselho, o que permite inferir que a falta de acesso à Internet pode estar inibindo o próprio conhecimento desses acervos. Apenas um conselheiro se referiu ao *site* do Ministério da Saúde, tendo lamentado a falta de acesso tão somente para pesquisar o posicionamento do Ministério quanto à greve de trabalhadores em saúde federais então em curso.

8 Conclusões e reflexões

8.1 Quanto ao perfil e atuação dos conselheiros

Todos entrevistados, à exceção de dois trabalhadores suplentes, declararam ter vínculos com outros espaços políticos além do Conselho do Distrito III. Seis deles também eram delegados do Orçamento Participativo do Município. Sete declararam ser membros de associações ou conselhos de moradores, nos quais quatro deles ocupariam cargos de direção. Tratava-se de um colegiado maduro, visto que as idades variavam de 35 a 69 anos, com média de 48,4 anos e mediana de 45 anos.

A partir de comparações de gênero com renda, escolaridade e idade, concluiu-se que as mulheres apresentavam renda, escolaridade e idade proporcionalmente maiores do que os homens.

Constatou-se que a participação de suplentes nas reuniões não vinha ocorrendo em caso de impedimento dos respectivos titulares, à exceção de apenas um caso. A participação de suplentes decorria do entendimento que os suplentes faziam de seu papel: **ou** se colocavam como substitutos, que deveriam comparecer somente em caso de impedimento dos titulares, **ou** se consideravam participantes naturais das reuniões, na medida de seus próprios interesses, sem levar em conta a presença ou não dos respectivos titulares.

A explicação para essa “liberdade” de atuação seria que a candidatura à eleição para o cargo de conselheiro tem sido individual. Não havia chapa eleitoral vinculando conselheiros titulares a suplentes. Na verdade, o conselheiro titular era aquele mais votado no seu segmento (trabalhador em saúde, morador ou representante de entidade) e microrregião de origem (3.1, 3.2 ou 3.3) e o seu suplente era o que atingia a segunda colocação. Assim, não

eram pressupostos subordinação ou mesmo compromisso de atuação conjunta ou coordenada entre os conselheiros titulares e respectivos suplentes.

Apenas quatro conselheiros que tinham frequência alta e participação considerada “ótima” no primeiro ano, todos eles titulares, as mantiveram no segundo ano de mandato, pelo menos até julho de 2005. Havia um certo equilíbrio entre segmentos nesse “núcleo”, pois um era representante de entidade, dois eram moradores e um era representante de trabalhadores.

Os suplentes, por sua vez, apresentaram uma menor vínculo entre frequência e participação. Quatro deles, mesmo com alta frequência inicial, tiveram suas participações percebidas pela secretária executiva apenas como “boa” e “regular” naquele período. Isso porque, embora assíduos, pouco se manifestavam nas reuniões.

Quanto à origem, constatou-se uma menor número de membros da microrregião 3.2. na amostra pesquisada. Vale registrar que essa região sofreu a perda de dois titulares (um trabalhador e um morador), por desistência. A sua suplente de moradores não chegou a participar, e a atuação efetiva da suplente dos trabalhadores somente ocorreu a partir de maio/2005, mesmo assim com participação variando de “boa” a “regular”. Os seus outros dois representantes tiveram participação “incipiente” e “nula”, respectivamente.

Quanto aos segmentos representados, não houve grande diferença quanto à frequência e grau de participação, havendo níveis variados desses fatores nos três segmentos.

O programa de visitas semanais às unidades de saúde do distrito iniciado em agosto de 2004 foi descontinuado três meses depois, a partir do momento em que representantes do distrito deixaram de participar das equipes formadas para incursões semanais na rede de saúde, denotando grande dependência do conselho em relação ao gestor, que veio a ser corroborada quando da coleta das percepções dos próprios conselheiros.

Em síntese, houve um enfraquecimento da atuação dos membros do CD-III no seu segundo ano de mandato, restando, como sustentáculo do colegiado, o “núcleo” supracitado, permanentemente assíduo e atuante, formado por quatro conselheiros titulares.

Para facilitar a comparação do perfil dos entrevistados com o respectivo grau de participação observado no CD-III, de fevereiro a julho de 2005, foi ordenada e dividida a amostra em três grupos, segundo esse mesmo grau de participação, a saber:

- a) Grupo 1: o “núcleo” de quatro conselheiros com participação “ótima”;
- b) Grupo 2: um grupo “intermediário” de quatro conselheiros, com participação “boa” (um conselheiro) e “regular” (demais);
- c) Grupo 3: o grupo “não participante”, dos quatro conselheiros restantes, sendo dois com participação “incipiente” e os outros dois com participação “nula”.

Havia forte correlação entre escolaridade e renda dos entrevistados em geral, tendo esses dois atributos valores máximos para os três representantes dos trabalhadores, os quais, curiosamente, no que tange ao grau de participação no CD-III, ficaram separados, ou seja, um em cada um dos grupos supracitados.

Das comparações do grau de participação com gênero, com escolaridade, com renda, com a quantidade de vínculos externos (participação em outros espaços políticos), e com a idade, foram obtidos os seguintes resultados:

- a) os homens participavam proporcionalmente mais do que as mulheres;
- b) não foi possível estabelecer correlação considerável de maior nível de escolaridade com maior grau de participação;
- c) o perfil da renda era idêntico para os três grupos, não se verificando correlação dela com o grau de participação;

- d) a vinculação com outros espaços políticos era considerável e igualmente distribuída nos três grupos, sendo, por isso, independente do grau de participação;
- e) pela distribuição de faixas etárias da maioria dos integrantes de cada grupo, poder-se-ia concluir que, quanto mais jovem mais participativo seria o conselheiro, entretanto, essa generalização foi prejudicada pelo fato de justamente o conselheiro mais idoso (69 anos) ser um dos mais assíduos e participantes.

Assim, uma possível explicação para a situação encontrada não seria a idade propriamente, mas sim a auto-motivação (“paixão”) esperável dos mais novos, pela energia e entusiasmo inerentes aos mais jovens, e daquele senhor aposentado, que, além de igualmente auto-motivado, tinha disponibilidade de tempo para um exercício mais dedicado da função.

Em que pese haver a previsão regimental de se “discutir e acompanhar a prestação de contas do distrito”, não há registro de ter sido realizada essa atividade no primeiro ano do conselho, assim como não foi realizada no período da observação participante, ou seja, de fevereiro a julho/2005.

8.2 Quanto à capacitação dos conselheiros

Foi proposta, na reunião ordinária de agosto de 2004, a leitura de capítulos da cartilha “Direito à saúde com controle social” (CEAP, 2003), a título de contribuição para a capacitação dos conselheiros, tanto distritais quanto daqueles então recém-eleitos, de quatro unidades de saúde.

As sessões de leitura não chegaram a ocorrer, mas foi realizado um curso de capacitação no final de 2004, oferecido para todos os membros do conselho distrital e dos

conselhos gestores de unidades, ministrado por uma assistente social do próprio distrito, com base na mesma cartilha, do qual participaram sete dos entrevistados.

No evento, foi dada ênfase à conscientização dos participantes quanto ao papel esperado dos conselheiros e do colegiado como um todo, incluindo o estudo da legislação pertinente. Entretanto, não foi explorado especificamente como os conselheiros deveriam atuar na prática, ou seja, que atividades deveriam ser concretamente desenvolvidas por eles, nem que informações deveriam ser buscadas, e em que fontes, como subsídio ao controle social esperado.

8.3 Quanto à disponibilidade de informações

Diferentemente dos gestores de saúde analisados nos estudos anteriores, a gerência do DS-III vinha disponibilizando informações epidemiológicas, sobre o desempenho da rede de saúde e sobre os planos e ações da gestão ao conselho distrital, além de se mostrar muito aberta às demandas de informação e ao recebimento das reclamações dos conselheiros.

A gerente do distrito se mostrava defensora da participação popular, de forma coerente com a sua história de militante de movimentos sociais no passado e com sua experiência acadêmica e prática na área de saúde pública.

Entretanto, foi observada uma lacuna quanto à apresentação de informações orçamentárias e financeiras, as quais foram inclusive cobradas por dois conselheiros. Essa falta foi justificada pelos gestores pela falta de autonomia do distrito nessa área e o manejo de apenas uma pequena dotação mensal para enfrentar pequenos gastos de conservação e compras emergenciais. As discussões sobre incrementos na rede de saúde e alocação de recursos para obras maiores, a exemplo da construção de novas unidades, eram travadas no

Orçamento Participativo. Por esses motivos, a gerência distrital assumiu unilateralmente que não haveria interesse dos conselheiros de saúde por esse tipo de informação.

Independentemente da apresentação formal ou não ao conselho, a pesquisa documental revelou que havia grande disponibilidade de informações úteis ao controle social no próprio distrito, inclusive de natureza financeira, assim como nas diversas áreas da secretaria municipal de saúde e nos sistemas do DATASUS. Dada a falta de conhecimento, capacidade e/ou interesse, ou ainda dificuldades de acesso, no caso da Internet, esses acervos não vinham sendo utilizados pelos conselheiros distritais.

No primeiro ano de funcionamento do conselho, foram apresentadas pela gerência do distrito informações epidemiológicas básicas e sobre o desempenho de algumas ações de saúde, em níveis distrital e municipal. No período seguinte, de fevereiro a julho de 2005, além dos informes e respostas aos questionamentos efetuados nas reuniões, foi apresentado, formalmente ao conselho, o “Relatório de Gestão 2001-2004” (DS-III, 2005).

Lamentavelmente, não houve qualquer menção a esse último documento nas quatro reuniões seguintes, nem por parte dos gestores, nem pelos demais conselheiros. Apesar de não constarem nele informações financeiras e orçamentárias, havia muitas informações epidemiológicas e sobre a produção de serviços e as ações do gestor da saúde no distrito, as quais poderiam suscitar análises e questionamentos, para aperfeiçoamento do controle social.

Por fim, merece destaque a construção de uma “sala de situação” no distrito, que estava em andamento por ocasião desta pesquisa, contendo 12 (doze) grupos de indicadores, de forma similar à sala de situação proposta pelo Ministério da Saúde. Esse novo instrumento poderia vir a despertar o interesse dos conselheiros e habilitá-los para avaliar minimamente a evolução das condições de saúde da população, o desempenho da rede de saúde distrital e os resultados dos planos e ações do gestor distrital.

8.4 Quanto à percepção das competências do CD-III

A maioria dos conselheiros representantes de usuários (de entidades e de moradores), por exercerem lideranças comunitárias e já participarem de outros espaços políticos antes mesmo de se elegerem para o conselho distrital, percebiam o conselho como um órgão de defesa de direitos relacionados à saúde das respectivas comunidades e viam a si mesmos como “fiscais da rede de saúde”, em especial das unidades e dos profissionais que atendiam as áreas que representavam.

Os representantes de trabalhadores, por sua vez, demonstravam uma visão mais ampla, pois se referiam à necessidade de se atualizarem em relação ao que era implantado em outros distritos, de apurar denúncias localmente, junto aos conselhos de unidades e comunidades, antes de envolver o conselho distrital, participar da educação popular e, naturalmente, encaminhar denúncias trazidas por trabalhadores da saúde.

Quanto ao agrupamento por grau de participação, temos que o grupo 2 (intermediário) enfatizou o papel do conselheiro como “fiscal” da rede de saúde, enquanto o grupo 1 (mais participativo) foi quase unânime em trazer preocupações “políticas”. O grupo 3, além da visão política, se caracterizou por se concentrar na “solução de problemas” da comunidade.

Constatou-se a grande importância dada à capacitação do conselheiro, em especial ao conhecimento das leis e normas do SUS, assim como à necessidade de seu comprometimento com o mandato, devendo ser pró-ativo na busca de informações, participar de eventos, interagir com a comunidade, conselhos gestores de unidades, outros distritos, CMS/Recife, etc. e ainda visitar unidades de saúde.

Apesar desse discurso, foi verificado que havia baixa pró-atividade da maioria dos conselheiros, sendo poucas e isoladas as iniciativas de autodesenvolvimento e de busca de informação em outras instâncias, que não as comunidades mais próximas ou as reuniões do

conselho, revelando assim uma grande dependência do distrito e a preferência por se discutir temas pontuais e imediatos.

Apesar de reconhecerem a necessidade de uma melhor capacitação, os conselheiros não vinham cobrando a realização de processo continuado nesse sentido, conforme explicitado no planejamento do próprio distrito. Na prática, a capacitação havida resumiu-se a um treinamento realizado no fim do primeiro ano de mandato (2004).

8.5 Quanto à percepção das necessidades de informação

A diversidade na percepção de que informações seriam necessárias, independentemente do grau de participação, assim como o teor da maioria dos itens de pauta das reuniões observadas, mostram a predominância do interesse dos conselheiros por questões imediatas e pontuais e por informações “administrativas”, quanto ao funcionamento da rede de saúde, sobre a produção de serviços e ações do gestor da saúde, de forma coerente com o papel de “fiscal” incorporado pela grande maioria deles.

Assim, não surpreende a menção das próprias comunidades onde residiam e/ou atuavam como principal fonte de informação alternativa ao distrito.

A preocupação com questões do planejamento e execução das ações de saúde em si e com capacitação (informações técnicas) estava igualmente distribuída nos três grupos. A ênfase na qualidade do atendimento (subentendida no foco em fiscalização) apareceu mais no grupo 3. Isso se devia, talvez, ao fato de estarem mais “distantes” da gestão do distrito, pela pouca ou nenhuma participação no colegiado, o que os faria se sentirem mais “usuários” do que atores que pudessem influir na gestão distrital.

A questão das condições de saúde da população (epidemiologia) foi mencionada por apenas um conselheiro, representante suplente de trabalhadores da saúde, o qual, inclusive, não vinha participando do conselho, em que pese ter demonstrado em entrevista possuir muito conhecimento e experiência em saúde pública e nutrir grande interesse pelo controle social.

Somente três entrevistados, sendo um de cada segmento, se queixaram ao pesquisador da falta de informações sobre recursos financeiros recebidos e a respectiva movimentação no distrito. Dois outros se referiram à necessidade de conhecer previamente, para apreciação do conselho, propostas de ações dos gestores. Entretanto, não foi presenciada nenhuma cobrança nesse sentido nas reuniões observadas.

A dificuldade percebida para se responder à questão sobre “que outras informações o distrito deveria fornecer” pela maioria dos entrevistados - que, ou não soube responder, ou respondeu de forma vaga, ou ainda declarou que “as informações do distrito eram completas” - revela a grande dependência dos conselheiros em relação ao distrito como fonte de informação, observada também no decorrer das reuniões.

Essa atitude permite inferir que a grande maioria dos conselheiros não tinham uma visão crítica das informações que eram fornecidas pelo distrito, as quais seriam confiáveis e completas o suficiente para o seu desempenho como conselheiro, não se cogitando a necessidade de outras informações.

Essa situação frustra a expectativa de Carneiro (2002) de que os conselhos de políticas públicas locais constituiriam espaços de deliberação pública de caráter permanente, com representação paritária entre Estado e sociedade civil e com amplos poderes de controle sobre a política.

Como era de se esperar, tendo em vista a visão acrítica demonstrada pela maioria ao aceitar o distrito como fonte primordial de informação, e a menção, em alguns casos, das

entidades de que já faziam parte como fontes alternativas, somente houve uma alusão à Secretaria Municipal de Saúde, onde havia um grande acervo de informações úteis para o controle social em nível distrital.

8.6 Quanto à percepção do acesso às informações

A percepção de um alto grau de facilidade de acesso às informações no DS-III era quase uma unanimidade, e se distribuía de forma equilibrada nos três grupos com graus de participação distintos, tendo sido enfatizada, nas respostas, a abertura e disposição de ajudar dos dirigentes distritais por ocasião das reuniões - comprovadas pelo pesquisador no decorrer da observação participante - ou quando eram procurados para dar esclarecimentos no distrito, apesar de estarem sempre “muito ocupados”.

Diante disso, as duas discordâncias, caracterizadas pela atribuição de um baixo grau de facilidade de acesso, de parte de uma conselheira do grupo 1 e um outro conselheiro do grupo 2 foram investigadas, tendo sido atribuídas as reprovações a antagonismos pessoais dos respondentes com a gerência distrital.

Uma deficiência de acesso a informações apontada por alguns conselheiros está vinculada à falta de infra-estrutura de informática (computador e acesso à Internet). A falta desses recursos impede, não somente o eventual acesso aos sistemas de informações do DATASUS para aqueles poucos que sabem de sua existência, como contribui para que os demais continuem a ignorá-los.

8.7 Quanto à percepção da compreensão das informações

Em concordância com os resultados das pesquisas anteriores, houve queixas dos conselheiros representantes de usuários acerca da linguagem técnica muitas vezes utilizada pelo distrito, o que dificultava a compreensão das informações, assim como impedia questionamentos e debates pela maior parte dos conselheiros.

Essa situação reforça o argumento de Torres (2004) de que há excesso de otimismo em relação à eficácia da transparência e da informação na implementação de políticas públicas, porque “uma primeira grande dificuldade surge quanto à capacidade de processamento das informações disponibilizadas pela administração pública”, pois, “na maioria das vezes, as informações disponíveis são excessivamente técnicas para serem entendidas e processadas pelo eleitor-padrão” (p.43).

Em adição, a submissão de algumas propostas “prontas” pela gestão para aprovação imediata, sem a antecedência necessária a uma avaliação adequada, revelou, nesses casos, o intuito de uso do conselho somente para legitimar as propostas institucionais, como também foi verificado em estudos anteriores e foi apontado por Vasconcelos (2001) que, ao estudar o Conselho Nacional de Saúde, concluiu que aquele colegiado era um órgão “formal”, pois “emitia opiniões sobre diversos assuntos de saúde, colaborava na formulação, mas, efetivamente não controlava a execução das políticas públicas de saúde” (p. 11).

Apesar dessas queixas, a grande maioria dos membros entrevistados se mostrou muito confiante no distrito. Infelizmente, essa confiança e satisfação poderiam estar consolidando a dependência e contribuindo para a acomodação de grande parte dos conselheiros, que deixaram de buscar outras fontes de informação, preferindo limitarem-se a debater os temas que o distrito propunha nas reuniões e com base nas informações por ele mesmo trazidas, sem uma visão crítica.

Conforme alerta Carneiro (2002, p.285), para se garantir a qualidade da participação, em especial para representantes da sociedade civil, há de se de viabilizar condições, instrumentos e conhecimentos que permitam a discussão e o debate mais informado e, portanto, maior igualdade e paridade na participação. Conclui, assim, que a produção, disponibilidade e acesso à informação são dimensões que não podem estar restritas à discricionariedade do governo, pois a assimetria informacional configura um entrave para um melhor desenvolvimento dos conselhos.

8.8 Quanto ao modelo de participação popular adotado

O SUS pressupõe a descentralização da gestão da saúde com participação popular em todos os níveis, contemplando um planejamento ascendente.

No caso do Recife, como foi constatado, esse modelo estava materializado pela rede estabelecida de conselhos de saúde (de gestão de unidades, distritais e o CMS) e pelo processo de preparação da conferência municipal de saúde, a cada dois anos, que incluía a eleição dos conselheiros de saúde nos níveis distrital e municipal.

Em que pese esse caráter ascendente e a transparência e abertura demonstradas pela gestão do DS-III, este estudo mostrou que havia pouca influência do seu conselho distrital no planejamento e no controle das políticas de saúde naquele distrito.

Embora houvesse disponibilidade de informação e facilidade de acesso, foi evidenciado neste trabalho que essas condições não foram suficientes para um desempenho satisfatório do conselho distrital. A situação encontrada corrobora o argumento de TORRES (2004) de que a “primeira grande dificuldade” é a falta de capacidade de processamento das informações disponibilizadas pela administração pública, mesmo quando existe transparência governamental.

Mesmo sem experimentar tantas barreiras à participação popular, impostas mais ou menos explicitamente pelos gestores, a não ser a dificuldade com o linguajar dito “técnico”, o conselho se mostrou pouco pró-ativo e pouco deliberativo, focado majoritariamente em questões pontuais, seguindo, em regra, a agenda proposta pela gerência distrital.

A recusa em empreender visitas sem a presença de representantes dos gestores e a declarada percepção do distrito como principal fonte de informação para controle social são sintomáticas dessa postura passiva.

Diante disso, pode-se questionar se o modelo atualmente adotado, caracterizado pelo estabelecimento de uma rede relativamente hierarquizada de conselhos de saúde, assim como um processo de preparação e realização das conferências municipais periódicas, não estaria esgotado como mecanismo eficaz de ampliação do Estado.

Será que, considerando os achados desta pesquisa, o planejamento ascendente com participação popular somente seria viável, paradoxalmente, com a intervenção direta do poder executivo, afetando justamente a autonomia dos representantes da sociedade nos conselhos de saúde?

Estaria então irremediavelmente prejudicado o caráter deliberativo e pró-ativo dos conselhos, tornando-se os mesmos simples órgãos consultivos, meros legitimadores das propostas e ações dos gestores públicos da saúde?

Essas questões poderiam ser abordadas em outros estudos, conforme sugerido no último capítulo a seguir.

9 Recomendações

Com base nas deficiências observadas diretamente pelo pesquisador, e nas afirmações, reclamações e sugestões apresentadas pelos entrevistados, são recomendadas as seguintes medidas à gerência do DS-III, que deve buscar apoio da SMS/Recife e do CMS/Recife, no que couber, no sentido de prover melhores condições para o funcionamento do conselho distrital:

a) fomentar a discussão e o acompanhamento da prestação de contas do distrito, conforme prevê o Regimento Interno do CD-III e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), assim como a discussão de outros documentos e propostas que venham a ser submetidos ao conselho, fornecendo as explicações e estipulando o tempo que forem necessários, independentemente do interesse demonstrado pelos conselheiros não gestores;

b) providenciar infra-estrutura administrativa (sala de trabalho e secretaria), de informática e comunicações (computador, telefone, fax e acesso à Internet) ao CD-III, atendendo aos anseios dos conselheiros por condições materiais adequadas para exercício de suas competências, incluindo, se possível, a central de atendimento para recebimento de reclamações e sugestões (ouvidoria) prevista nos planos estratégicos do DS-III;

c) retomar o programa de visitas semanais às unidades de saúde, garantindo o transporte dos conselheiros, assim como a presença de pelo menos um representante da administração do distrito nas comitativas, pelo menos até que os conselheiros não gestores se sintam confortáveis em empreendê-las sem esse apoio;

d) passar a adotar, quando da eleição dos conselheiros distritais, uma chapa eleitoral que vincule os suplentes aos respectivos titulares, de forma que haja a necessária identidade de propostas e o compromisso de substituição imediata em caso de impedimento destes últimos, evitando-se a atuação errática dos suplentes constatada neste estudo;

e) providenciar a reprodução e envio das atas aos conselheiros imediatamente após as reuniões, para permitir a análise prévia e a efetiva discussão para aprovação das mesmas na reunião seguinte;

f) registrar as atas de reunião em arquivos de computador, assim como as pautas, listas de freqüência, e agendas de atividades do CD-III, contando com cópias de segurança para se evitar perdas como aquela ocorrida em fevereiro de 2005, permitindo a ampla divulgação da atuação do conselho junto ao público, às unidades de saúde e aos departamentos do DS-III, sem prejuízo da divulgação de um boletim periódico dando conta das ações de saúde distritais e das atividades do conselho para a população;

g) monitorar a freqüência dos conselheiros titulares, de forma a convocar em tempo hábil os seus suplentes diante de eventuais impedimentos;

h) manter atualizada a “sala de situação” implantada no DS-III, promovendo o registro das informações em arquivo de computador para promover igualmente sua ampla publicidade;

i) promover a capacitação continuada dos conselheiros, idealmente em parceria com o CMS/Recife, contemplando treinamento quanto às atividades que devem ser concretamente desenvolvidas por eles, que informações deveriam ser buscadas, e em que fontes, como subsídio ao controle social esperado;

j) ajustar, na medida do possível, a linguagem utilizada pelos gestores quando da apresentação de propostas e temas a serem apreciados pelo CD-III, minimizando o emprego de termos técnicos, os quais podem causar dificuldades no entendimento pelos conselheiros representantes de usuários, impedindo a participação equilibrada dos segmentos nos debates;

k) promover eventos com o objetivo de conscientizar as comunidades quanto ao papel do conselheiro distrital, de forma que eles possam ser cobrados pela população, minimizando o não comprometimento verificados de alguns após serem eleitos.

10 Sugestões de estudos posteriores

Tendo em vista a possibilidade de se fazerem comparações, sugere-se a realização de estudos de casos múltiplos, semelhantes a este, em dois ou mais conselhos distritais. Seria possível comparar resultados dos casos envolvidos entre si e com aqueles aqui apresentados. Também poderia ser repetido o estudo, em todos ou em apenas alguns aspectos, tendo como sujeitos os novos conselheiros do CD-III eleitos em outubro de 2005, para verificar semelhanças e diferenças com a situação aqui retratada.

Outra possibilidade seria aumentar o escopo para abranger o relacionamento dos conselheiros e as comunidades respectivamente representadas, revelando diferenças e semelhanças com esses mesmos relacionamentos estudados em pesquisas anteriores sobre conselhos municipais e estaduais de saúde.

Poderia ser verificada em que medida ocorrem as situações levantadas no presente estudo no item 8.8, o qual traz reflexões quanto ao modelo de participação popular adotado no SUS, a saber: a) se o planejamento ascendente com participação popular somente é viável, nos conselhos analisados, com a intervenção direta do poder executivo, afetando justamente a autonomia dos representantes da sociedade nos conselhos de saúde; b) se os conselhos pesquisados tornaram-se simples órgãos consultivos, meros legitimadores das propostas e ações dos gestores públicos da saúde.

Considerando a necessidade de capacitação constatada no CD-III para efetivo exercício do controle social, seria recomendável ainda a realização de pesquisas-ação em que fossem buscadas mudanças efetivas para uma melhor na participação dos conselheiros distritais.

Tendo em vista a existência de vínculos dos conselheiros com outros espaços políticos - como membros de conselhos e associações comunitárias, como sindicalistas, e/ou

como delegados do Orçamento Participativo – poderia ser interessante o estudo simultâneo da atuação dos conselheiros de saúde em todos esses fóruns, de forma a comparar o desempenho apresentado em cada um deles e avaliar as influências exercidas e sofridas por conta dessas múltiplas participações.

Referências

- ALBUQUERQUE, M. S. V. **Comunicação e Passivização: Um estudo sobre a participação dos representantes de usuários e trabalhadores de saúde na gestão da política de saúde no Estado de Pernambuco.** Recife : Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2000. (Dissertação de mestrado)
- ARAÚJO, A. R. C., ALBUQUERQUE, P. C. **O Programa de Saúde da Família e a Atenção a Saúde da Mulher: Análise da Sistematização das Ações Básicas de Saúde para as Equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário III do Recife.** Recife: Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM, 2005. (Monografia de Residência)
- BISPO, E. **A participação nos CMS – a questão da formação dos conselheiros e suas implicações.** Recife : Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 1997. (Dissertação de mestrado)
- BUENO, H. **Utilização da sala de situação de saúde no Distrito Federal.** Brasília : Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde, 2003. (Dissertação de mestrado)
- CARNEIRO, C. B. L. **Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro: FGV, 36(2):277-92, mar./abr. 2002.
- CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro : FASE/IBAM, 1995.
- CARVALHO, A. O., EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de Informação em Saúde para Municípios.** Série Saúde e Cidadania, Volume 6. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
- CAVEDON, N. R. **Antropologia para administradores.** Porto Alegre : Editora da UFRGS, 2003.
- CD-III. **Regimento interno do conselho do distrito sanitário III.** Recife : Conselho do Distrito Sanitário III do Recife, 2004.
- _____. **Relatório de Gestão 2001-2004.** Recife : Distrito Sanitário III do IRecife, 2005.
- CEAP. **Direito à saúde com controle social.** Passo Fundo : Centro de Educação e Assessoramento Popular, 2003.
- CMN. **Saúde.** Coletânea Gestão Pública Municipal, Volume 7. Brasília : Confederação Nacional de Municípios, 2004.
- CMS. **Proposta de regimento interno do conselho distrital de saúde : versão aprovada em 02 de outubro de 2003.** Recife : Conselho Municipal de Saúde do Recife, 2003.

- _____. **Projeto de Lei Municipal que altera o Conselho Municipal de Saúde e cria os conselhos distritais e de unidade: versão aprovada em 17 de janeiro de 2004.** Recife : Conselho Municipal de Saúde do Recife, 2004a.
- _____. **Proposta de regimento interno do conselho local de unidade de saúde : versão aprovada em 26 de agosto de 2004.** Recife : Conselho Municipal de Saúde do Recife, 2004b.
- CORREIA, M. V. C. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento.** Rio de Janeiro : Fiocruz, 2000.
- GONÇALVES, M. L. **Participação Social no Sistema Único de Saúde: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto : Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1999. (Tese de doutorado)
- JANNUZZI, P. M. **Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, FGV, 36(1):51-72, jan./fev. 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. **Conselho de Saúde: guia de referências para a sua criação e organização.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- _____. **Oficina de Trabalho: Informações em Saúde para o Controle Social.** Brasília, 29 a 30 de maio de 2003. Relatório Final. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 18 setembro 2004.
- _____. **Caderno de Informações de Saúde.** Brasília. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 03 agosto 2005.
- MATTOS, P. L. C. L. **Procedimentos de análise da entrevista: um modelo de referência.** Disciplina Metodologia de Pesquisa em Administração do Mestrado em Administração. (transparências). Recife : Universidade Federal de Pernambuco, 2004.
- MORAES, I. H. S. **Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação.** Salvador : Casa da Qualidade Editora, 2002.
- RECIFE. **Relatório de Gestão 1993-1996.** Recife : Secretaria de Saúde do Recife, 1997.
- _____. **Relatório Final da 6ª Conferência Municipal de Saúde.** Recife : Secretaria de Saúde do Recife, 2003a.
- _____. **Conselho de Unidade de Saúde - Cartilha de Controle Social nº 03.** Recife : Secretaria de Saúde do Recife, 2003b.
- _____. **Marcas da Gestão: Balanço 2003.** Recife : Secretaria de Saúde do Recife, 2004.
- RECIFE. **Secretaria de Saúde: Distrito III.** Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsaude/distritoiii.html> . Acesso em: 18 fevereiro 2005.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE – RIPSA. Fontes de Informação : Sistemas de informação do Ministério da Saúde. In: **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002a. cap. 4.

_____. **Sala de Situação: Histórico**. Atualizado até julho de 2002. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/rnis/historico.htm>. Acesso em: 03 junho 2005.

ROCHA, G. T. S. **Capacitação de Conselheiros na Política de Saúde** (projeto). Recife : Distrito Sanitário III, 2004.

SANTOS, J. L. **Tribunal de Contas da União & Controles Estatal e Social da Administração Pública**. Curitiba : Juruá, 2003.

SILVA, A. X. **Representação, Participação e Defesa de Interesses no Processo de Democratização da gestão da política de saúde - a questão do CMS/Recife**. Recife : Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 1997. (Dissertação de mestrado)

SILVA, F. C. C. **Controle Social: reformando a administração para a sociedade**. In: TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Prêmio Serzedello Corrêa 2001: Perspectivas para o Controle Social e a Transparência da Administração Pública. Brasília : TCU, Instituto Serzedello Corrêa, 2002. p. 21-71.

TORRES, M. D. F. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2004.

VASCONCELOS, C. D. G. **Controle Social via Conselhos de Saúde: Realidade ou Formalismo?**. ENANPAD, 2001.

VAUGHAN, J. P., MORROW, R.H. **Epidemiologia para municípios: manual para gerenciamento de distritos sanitários**. 2. ed. São Paulo : Hucitec, 1997.

WENDHAUSEN, A., CAPONI, S. **O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(6):1621-1628, nov-dez, 2002.

APÊNDICE A - Carta de Apresentação

Prezado(a) Conselheiro(a):

Na qualidade de aluno do Curso de Mestrado em Administração da Universidade Federal de Pernambuco, gostaria de lhe apresentar uma proposta de pesquisa sobre o Conselho do Distrito Sanitário III do Recife (CD-III), bem como solicitar sua colaboração para a realização desse trabalho, o qual é requisito para conclusão do referido curso.

O tema escolhido é “informações para controle social” e a proposta de pesquisa tem como questão central a seguinte:

Qual tem sido a disponibilidade de informação e a capacidade de seu aproveitamento pelos representantes dos trabalhadores em saúde e dos usuários do Conselho do Distrito Sanitário III da Cidade do Recife para o desempenho das competências que lhe foram formalmente atribuídas para o exercício do controle social?

Com o objetivo de coletar dados que permitam responder essa questão, estou propondo a participação dos conselheiros envolvidos em duas atividades.

A primeira delas é o preenchimento do questionário anexo, que servirá para levantar o perfil dos conselheiros quanto à escolaridade, renda familiar, faixa etária, capacitações realizadas e a participação em outros espaços políticos, além da representação no CD-III.

A segunda é a realização de entrevistas com uma amostra de conselheiros escolhida com base no conhecimento do perfil dos conselheiros (questionário) e na pesquisa documental sobre as atas de reunião e demais documentos relacionados à atuação do CD-III. As entrevistas terão o objetivo de conhecer as percepções individuais dos conselheiros quanto à disponibilidade de informações de saúde e a capacidade de seu aproveitamento para exercício do controle social.

Para facilitar o agendamento das entrevistas, estou aproveitando para incluir, no final do questionário anexo, alguns campos para que o Sr. (Sra.) possa informar quais os dias da semana, horários e locais lhes seriam mais propícios para a eventual realização da entrevista, que terá duração média estimada de 01 (uma) hora.

Por fim, gostaria de enfatizar que todas as informações coletadas nessa pesquisa têm caráter sigiloso, sendo garantida a não identificação dos respondentes e a não divulgação de seus dados individualmente, nos relatórios que venham a ser produzidos com base nos dados informados nos questionários e/ou nas informações e opiniões fornecidas nas entrevistas.

Antecipadamente grato pela colaboração,

Luiz Geraldo Santos Wolmer
Telefones: 3442-1310 e 9138-1863

APÊNDICE B - Questionário

Questionário

1. Nome do Conselheiro: _____
2. Telefones de contato: _____ e-mail: _____
3. Representação: __ usuário __ trabalhador da saúde Microrregião _____
4. Categoria: __ titular __ suplente Entidade: _____
5. Escolaridade (*último curso concluído ou série que estudou*): _____
6. Data de nascimento: ___/___/___ 7. Sexo _____
8. Atividades profissionais: _____
(*se aposentado, indicar também a atividade exercida anteriormente*)
9. Renda Familiar: __ até 1 Salário Mínimo __ 1 a 3 S.M. __ 3 a 5 S.M. __ mais de 5 S.M.
10. Participação em eventos de capacitação recentes sobre controle social (cursos, oficinas, seminários, encontros, etc.): _____ - *se participou de mais de 2 eventos, continuar no verso.*
 - 10.1 Evento: _____ Local: _____
Instituição : _____ Período: _____
Atividades realizadas: _____
 - 10.2 Evento: _____ Local: _____
Instituição : _____ Período: _____
Atividades realizadas: _____
11. Participação em outros espaços políticos, conselhos, associações, entidades, etc:
- *se participa em mais de 2 espaços, continuar no verso.*
 - 11.1 Instituição: _____ Local: _____
Cargo: _____ Mês/ano de início: _____
Atividades realizadas: _____
 - 11.2 Instituição: _____ Local: _____
Cargo: _____ Mês/ano de início: _____
Atividades realizadas: _____
12. Dias da semana, horários e locais mais propícios para realização da entrevista:
(*usar o verso, se necessário*): _____

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista preliminar

Roteiro de Entrevista Preliminar

1. Na sua visão, quais são as competências que devem ser desempenhadas pelo Conselho Distrital?
2. Como o Sr./Sra acha que deve atuar, na qualidade de conselheiro, em cada uma dessas competências citadas, para que o desempenho do Conselho Distrital seja o melhor possível?
3. Quais as informações que seriam necessárias, na sua opinião, para que o Sr./Sra. pudesse atuar da melhor maneira possível em cada uma dessas competências mencionadas?
4. Quais dessas informações têm sido disponibilizadas pela gerência do distrito e pela Secretaria de Saúde?
5. Que outras fontes, além da gerência do distrito e da Secretaria de Saúde, o Sr/Sra. eventualmente utiliza para obter as informações que entende necessárias?
6. Qual o grau de facilidade que o Sr./Sra. tem de acesso às informações que entende necessárias, seja da gerência do distrito, da Secretaria de Saúde ou de outras fontes ?
7. Qual o grau de facilidade que o Sr./Sra. tem para compreender as informações que tem obtido, seja da gerência do distrito, da Secretaria de Saúde ou de outras fontes ?

APÊNDICE D - Termo de consentimento

Projeto de pesquisa: Informações para Controle Social na área de saúde: a situação do Conselho do Distrito Sanitário III do Recife

Esse estudo de caso, realizado pelo mestrando em Administração da UFPE, Luiz Geraldo Santos Wolmer, busca avaliar a situação da disponibilidade de informações para controle social no Conselho do Distrito Sanitário III, bem como o grau de facilidade que possuem os representantes dos trabalhadores e de usuários daquele Conselho, na suas próprias percepções, para ter acesso e para compreender as informações disponibilizadas pela gerência distrital, pela Secretaria Municipal de Saúde, e eventualmente por outras fontes.

A partir desse estudo poderão ser averiguadas divergências e convergências com as constatações, nesses mesmos aspectos, de pesquisas anteriores, examinadas na fase exploratória do trabalho, que foram realizadas antes sobre conselhos municipais/estaduais. Espera-se com isso contribuir para aumentar o acervo de conhecimentos sobre o exercício do controle social pelos conselhos de saúde, com ênfase na disponibilidade e capacidade de uso de informação, em especial daqueles conselhos em nível distrital.

Serão realizadas entrevistas com os conselheiros não gestores do Conselho de Saúde do Distrito III para conhecer a percepção que eles têm sobre o seguinte:

- a) Quais são as competências do Conselho Distrital e dos seus conselheiros(as) ?
- b) Quais são as informações necessárias para que o(a) conselheiro(a) possa atuar da melhor maneira possível ?
- c) Quais dessas informações têm sido disponibilizadas pela gerência distrital e pela Secretaria de Saúde ?
- d) Que outras fontes o conselheiro(a) utiliza para obter as informações necessárias?
- e) Qual o grau de facilidade que tem o(a) conselheiro(a) para ter acesso e para compreender as informações que acha que são necessárias?

O pesquisador assevera que todas as informações coletadas têm caráter sigiloso, sendo garantida a não identificação dos respondentes e a não divulgação de seus dados individualmente nos textos que venham a ser produzidos com base nas informações e opiniões fornecidas. Os entrevistados estarão completamente livres para se pronunciarem como e quanto quiserem sobre as questões que lhes serão feitas.

Não se vislumbram benefícios diretos e imediatos aos sujeitos da pesquisa aos mesmos por conta dessa participação. Entretanto, com os resultados das pesquisas, espera-se que gestores e demais participantes de conselhos de saúde possam refletir sobre suas próprias experiências e atuar no sentido de melhorar o desempenho desses relevantes canais de participação popular, em prol de um controle social mais efetivo.

As entrevistas serão realizadas nos locais, datas e horários escolhidos pelos conselheiros, não sendo previstas para eles, portanto, despesas decorrentes da suas participações.

Em caso de necessidade de quaisquer esclarecimentos, o pesquisador poderá ser contactado no seu endereço residencial: Rua Tito Rosas, 113/602 Parnamirim Recife-PE; por telefone: 3442-1310 ou 9138-1863; ou ainda pelo "e-mail": lgwolmer@hotmail.com.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, do sexo _____, de ____ anos de idade, membro do Conselho de Saúde do Distrito Sanitário III do Recife, residente à _____, declaro ter sido informado(a) e estar devidamente esclarecido(a) sobre os objetivos e intenções do estudo acima descrito, sobre as técnicas (procedimentos) a que estarei sendo submetido(a), sobre os riscos e desconfortos que poderão ocorrer. Recebi garantias de total sigilo e de obter esclarecimentos sempre que o desejar. Sei que minha participação está isenta de despesas. Concordo em participar voluntariamente deste estudo e sei que posso retirar meu consentimento a qualquer tempo, sem prejuízo ou perda de qualquer benefício.

Recife, ____/____/2005.

Conselheiro(a)

Luiz Geraldo Santos Wolmer

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE E - Roteiro de entrevista definitivo

Roteiro de Entrevista Definitivo

1. Na sua visão, o que deve fazer um conselho distrital de saúde?
2. Que atividades um conselheiro deve realizar para que o desempenho do Conselho Distrital seja o melhor possível?
3. Quais as informações que seriam necessárias, na sua opinião, para que o conselheiro pudesse realizar suas atividades da melhor maneira possível ?
4. Quais informações têm sido fornecidas ao Conselho pela gerência do distrito?
5. Que outras informações o/a Sr./Sra acha que a gerência do distrito deveria fornecer?
6. Que outras fontes de informações, além da gerência do distrito, o/a Sr/Sra. eventualmente utiliza, ou utilizaria, para conseguir as informações necessárias para atuar como conselheiro(a) ?
7. Qual o grau de facilidade que o Sr./Sra. tem, ou imagina que teria, para ter acesso, na gerência do distrito, às informações que entende necessárias?
8. Qual o grau de facilidade que o Sr./Sra. tem, ou imagina que teria, para ter acesso, nas outras fontes de informação, às informações que entende necessárias?
9. Qual o grau de facilidade que o Sr./Sra. tem para compreender as informações que tem obtido, ou possa vir a conseguir, seja da gerência do distrito ou de outras fontes ?

APÊNDICE F - Síntese das reuniões de fev. a jul/2005

Síntese das reuniões do CD III entre fevereiro e julho de 2005

1. Reunião Ordinária de 15 de fevereiro de 2005:

e) Informes:

- Comentários sobre participação no Fórum Social Mundial, ocorrido em janeiro/2005 em Porto Alegre (um funcionário do distrito e uma conselheira do CMS/Recife, componente da comissão de apoio aos conselhos distritais);
- denúncia de falta de medicamentos em postos de saúde da família (PSF) da Micro-região 3.3 (conselheiro morador);
- elogios à equipe de uma unidade de saúde da família da Micro-região 3.2 (conselheira de entidade);
- apresentação do novo gerente da policlínica onde são realizadas as reuniões do conselho distrital (conselheira gestora);
- convite para participação num evento sobre reciclagem e meio ambiente a ser realizado na mesma semana (conselheiro de entidade da Micro-região 3.1);
- providências em andamento para consolidação de um conselho gestor de uma unidade do distrito, tendo em vista ao baixo nível de participação que vinha sendo verificado (conselheira daquela unidade);

- cronograma preliminar para a 7ª Conferência Municipal de Saúde a ser realizada em outubro/2005, com plenárias micro-regionais previstas para junho e as distritais para agosto/setembro de 2005; necessidade de se formular e se aprovar um plano distrital até a Conferência (presidente do conselho/gerente do distrito);

f) pontos de discussão:

- reclamação de risco de desabamento de um PSF da micro-região 3.1, já interditado, além da insuficiência de agentes comunitárias de saúde e de médico na mesma área, devido a férias, licenças por doença, etc. (conselheiro de entidade da mesma micro-região) – resposta da gerente do distrito: uma casa substituta já foi alugada e a reforma está em negociação com a área de engenharia; realizada convocação de ACS substituta e providenciada a substituição do médico;
- encerramento do 3º turno de atendimento da policlínica, onde estava sendo realizada a reunião, recentemente aprovado pelo conselho gestor da unidade, tendo em vista o pouco afluxo de pacientes, tendo sido o 3º turno idealizado para atendimento noturno de trabalhadores;
- reclamação quanto à qualidade do atendimento telefônico e ao não seguimento de tratamento pelo mesmo dentista numa policlínica e, ao mesmo tempo, elogio ao chefe do serviço de atendimento da mesma unidade; reclamação de falta de informação adequada num posto de saúde da Micro-região 3.1, em que as filas eram organizadas por vigilantes, de insuficiência de dentistas e denúncia de indícios de falta de atendimento em PSFs (conselheiro morador da micro-região 3.3);

- denúncia de ausência de visitas de agentes comunitários de saúde na Micro-região 3.3; discutidas alternativas de se apurar a denúncia e de se garantir esse atendimento via PSF, tendo a presidente do conselho/gerente do Distrito declarado garantir a aplicação de punições aos responsáveis que pudessem vir a ser identificados;
- registro do baixo grau de comparecimento de alguns conselheiros (diversos conselheiros);

g) decisões:

- criação de uma comissão para tratamento da denúncia de ausência de visitas de agentes comunitários de saúde na Micro-região 3.3, formada pelo conselheiro denunciante, uma conselheira gestora e a secretária executiva do Conselho.

2. Reunião Ordinária de 1º de março de 2005:

a) Informes/esclarecimentos (autores):

- convite para participação em eventos alusivos ao Dia Internacional da Mulher (conselheira do CMS/Recife, componente da comissão de apoio aos conselhos distritais);
- comentários sobre a participação no Comitê de Desprecarização do Trabalho da SMS/Recife, que promove reuniões quinzenais no Departamento de Recursos Humanos (conselheira trabalhadora da Micro-região 3.3);

- comentários sobre a discussão, havida no âmbito do CMS/Recife, sobre a forma de vínculo trabalhista temporário dos agentes ambientais e de outros profissionais de saúde que ainda não fazem parte do quadro de empregos públicos municipais, tendo sido dado prazo à SMS/Recife para que enviasse projeto à Câmara Municipal nesse sentido até o fim do ano (conselheira do CMS/Recife, componente da comissão de apoio aos conselhos distritais);
- anúncio da posse da nova diretoria de uma maternidade e policlínica (representante do conselho gestor daquela unidade);
- comunicação da visita do Secretário Municipal de Saúde a Maternidade Barros Lima e do possível fornecimento de material sobre planejamento do distrito na próxima reunião (presidente do conselho/gerente do distrito);

b) pontos de discussão:

- questionamento quanto ao processo decisório para encerramento do 3º turno de atendimento da policlínica, onde estava sendo realizada a reunião (conselheira trabalhadora da Micro-Região 3.3, ausente na reunião anterior); o próprio gerente, presente à reunião, informou que a medida fora aprovada por unanimidade no conselho gestor da unidade; duas conselheiras gestoras acrescentaram que houve o “esvaziamento” do turno, apesar de ter havido divulgação na comunidade;
- alerta para cuidados com higiene da água e dos alimentos por conta do aparecimento de casos de cólera no Recife e em São Bento do

Una/PE, e informação sobre oferta de palestra sobre cuidados pertinentes pelo Distrito (conselheira gestora); sugerida edição de uma carta aberta à população sobre o problema (conselheiro de entidade da Micro-região 3.1); a gestora informou que já estava sendo providenciada, assim como a utilização de outros meios de divulgação: rádio comunitária, unidades de saúde, reuniões de pais, etc.;

- novo registro do baixo grau de comparecimento de alguns conselheiros e do não funcionamento das comissões permanentes; sugestões apresentadas (diversos conselheiros): mudança de dia da reunião (da 1ª para 2ª terça-feira de cada mês), divulgação de tabela com datas previstas das reuniões, fornecimento de cópia das atas aos conselheiros, e investigação dos motivos das faltas; a Secretária Executiva informou sempre convocar os conselheiros na véspera por telefone, deixando recado quando não consegue falar com o participante, entretanto, alguns não têm sido mais localizados nos números cadastrados; registrada a experiência do CMS/Recife - distribuição de cópia das atas e cobrança de comparecimento às entidades representadas - e do Conselho do Distrito IV - subsídio do transporte dos conselheiros (conselheira do CMS/Recife, componente da comissão de apoio aos conselhos distritais);
- proposta de criação de comissões para participar das reuniões nos PSF (conselheira trabalhadora da Micro-Região 3.3)
- proposta aplicação de questionário para averiguar a alegada não realização de visitas por ACS em dois bairros da Micro-região 3.3,

uma vez que a denúncia trazida anteriormente pelo conselheiro morador se mostrou procedente numa amostra de dez casas; o conselheiro suplente sugeriu que se fizessem reuniões via entidades locais, ao que a presidente do conselho/gerente do distrito informou já ter sido tentado anteriormente sem sucesso;

c) decisões:

- mudança do dia das reuniões ordinárias (da 1ª para 2ª terça-feira de cada mês);
- investigação, pela secretária executiva, dos motivos da ausência dos conselheiros faltosos, formalizando o desligamento daqueles que faltaram três reuniões sucessivas ou quatro alternadas, conforme prevê o Regimento Interno;

3. Reunião Ordinária de 12 de abril de 2005:

a) Informes/esclarecimentos (autores):

- anúncio do início do processo de planejamento estratégico das unidades de saúde, naquela semana, com horizonte de cinco anos, começando pelas unidades maiores (conselheira gestora);
- convite para re-inauguração da casa de um PSF da micro-região 3.1 após reforma (conselheiro de entidade da mesma micro-região);
- realizado o planejamento anual do CMS/Recife em 07 de abril de 2005; anúncio da realização, em breve, da 1ª Conferência Municipal

para Promoção da Igualdade Racial (conselheira do CMS/Recife, componente da comissão de apoio aos conselhos distritais);

- anúncio da realização da Pré-conferência Conferência Municipal para Promoção da Igualdade Racial com a presença de 178 participantes (conselheira trabalhadora da Micro-região 3.3);
- anúncio da formalização do desligamento de três conselheiros, após contato com faltosos deliberado na reunião anterior: uma gestora suplente, um representante de entidade suplente e um trabalhador titular (secretária executiva);
- apresentação verbal da agenda das reuniões plenárias do Orçamento Participativo, cujo ciclo seria aberto naquela semana (um conselheiro de entidade e um conselheiro morador);

b) pontos de discussão:

- reclamação de insuficiência de visitas dos ACS e dos agentes de saúde ambiental (ASA) em um bairro da Micro-região 3.1 (conselheiro de entidade dessa área); a gerente distrital respondeu que a casa do PSF já estava concluída, que já havia sido encaminhado à administração central o pedido de contratação de mais 33 ACS para o Distrito, e que já estava em preparação o questionário para avaliação *in loco* da situação, sugerido anteriormente por conselheiro morador da Micro-região 3.3; alegação de problema semelhante na Micro-região 3.2 (conselheiro de entidade daquela área);
- debate sobre a questão acima, envolvendo vários conselheiros; algumas posições: há excesso de casas por ACS e em muitos casos os

- moradores rejeitam a visita (conselheira trabalhadora); “cada caso é um caso” (conselheiro de entidade da Micro-região 3.1); “todo o processo deve ser avaliado (conselheiro de entidade da Micro-região 3.2)”; “o tema é polêmico por há aqui representantes dos três segmentos afetados: gestores, trabalhadores e usuários” (conselheira gestora);
- agenda para a 7ª Conferência Municipal: a gerente do distrito propôs a realização das plenárias por Micro-região e da plenária geral do distrito em agosto/2005, sugeriu que os conselheiros deveriam mobilizar a população para o processo (uma conselheira gestora e a presidente do conselho/gerente do distrito);
 - distribuição do Relatório de Gestão 2001-2004 do Distrito com proposta aos conselheiros para “verem como discutir” e que o documento “ficasse como referência” (presidente do conselho/gerente do distrito);
 - comentários de que a comissão de acompanhamento e planejamento das ações e serviços de saúde não chegou a funcionar (secretária executiva); um dos membros (conselheiro morador) disse que “tentou articular a comissão, e mesmo oferecendo almoço aos demais componentes. Não obteve sucesso”;
 - Denúncia de que os conselheiros de três unidades do distrito não estavam sendo devidamente convocados para as reuniões dos conselhos das respectivas unidades (conselheiro de uma quarta unidade de saúde); Mais uma conselheira trabalhadora foi incluída na comissão de acompanhamento e planejamento das ações e serviços de

saúde para acompanhar essa questão; proposta de encaminhamento da questão ao CMS/Recife por meio da conselheira do CMS/Recife, presente à reunião, componente da comissão de apoio aos conselhos distritais;

c) decisões:

- Inclusão de mais uma conselheira (representante de trabalhadores) na comissão de acompanhamento e planejamento das ações e serviços de saúde;
- Apuração da denúncia recebida quanto à não convocação de membros de conselhos de unidade para as reuniões pela comissão acima.

4. Reunião Ordinária de 10 de maio de 2005:

a) Informes/esclarecimentos (autores):

- notícia da aprovação do regimento para a realização da 7ª Conferência Municipal de Saúde pelo CMS/Recife; anúncio da campanha contra sífilis e aids em gestantes (conselheira do CMS/Recife, componente da comissão de apoio aos conselhos distritais);
- inaugurado um centro de atenção psicossocial (CAPS) infantil no Distrito III para atender os Distritos I, II e III (conselheira gestora);
- oferta de cursos de agente de saúde, oferecidos em parceria com o Ministério de Educação no âmbito do Comitê de Desprecarização do

Trabalho da SMS/Recife (conselheira trabalhadora da Micro-região 3.3);

- alerta para novos focos de dengue; anúncio de cartilha e palestras sobre o tema; orientação de procurar PSF e uma policlínica, designada como sentinela, para tentar isolar o vírus (conselheira gestora);
- convite para participação em seminário na UFPE e visita à mostra de arte num CAPS, vinculados ao Dia da Manifestação Anti-manicomial (conselheira gestora);

b) pontos de discussão:

- apresentação do questionário elaborado por um conselheiro morador para avaliação da qualidade do atendimento, a partir das reclamações já tratadas em duas reuniões passadas, a ser aplicado pela médica gerente de território (GT) sobre as ACS da área afetada; questionada por um conselheiro de entidade da mesma Micro-região a capacidade da GT para realizar a pesquisa; propostos alguns ajustes/acréscimos nas questões formuladas;
- 7ª Conferência Municipal de Saúde: definição das datas das plenárias (micro-regionais e distrital) a serem realizadas em agosto/2005; necessidade de se reduzir custos; serão eleitos 40 delegados dentre os usuários e está em discussão limitar a 40% o percentual de observadores (uma conselheira e a presidente do conselho/gerente do distrito);

- indagação de alguns conselheiros quanto à divulgação do processo (resposta das gestoras: distribuição de material via ACS);
- debate em que foram previstas dificuldades no processo, tais como: “há gente que vai somente para disputar espaço político na comunidade”, devendo os líderes conscientizar suas comunidades; “há desconhecimento da missão”; sugestão de formação de comissão para sensibilizar funcionários;
- apresentada questão das acusações levantadas contra a gerente distrital em recente reunião do Orçamento Participativo, tendo sido denunciados problemas de falta de medicamentos, “clima de revolta” entre os funcionários, mau atendimento, filas, etc. no Distrito III, além do recebimento de um “prêmio de R\$ 15 mil” pela dirigente por ser a “gerente distrital mais econômica”; intervenção de vários conselheiros em defesa da gestora, indicando se tratarem de boatos, de disputa política; confirmada pela gerente do distrito ter recebido um prêmio desse valor relativo à participação em um concurso promovido pelo Ministério da Saúde no qual apresentou trabalho derivado de sua recente tese de doutorado na área de saúde pública;
- indicação de uma casa a ser comprada para instalação de um novo PSF, apontada como melhor solução técnica, mas pertencente a um coordenador do Orçamento Participativo; proposta e aceita a formação de uma comissão distrital para avaliar o caso, afastando quaisquer suspeitas de favorecimento ao proprietário (presidente do conselho/gerente do distrito);

- debatida a iminente eleição para renovação do conselho gestor de uma unidade que já possuía conselho desde antes da municipalização; anúncio da realização de reunião com gestores distritais e conselheiros da unidade para discussão da eleição; uma comissão do CMS/Recife estará acompanhando o caso (conselheiros gestores);

c) decisões:

- avaliação da regularidade da proposta distrital de aquisição de uma casa para sediar um PSF, pertencente a um coordenador do Orçamento Participativo;
- criação de uma comissão, formada por dois conselheiros (um de entidade e um de morador) e pela secretária executiva para realizar a referida avaliação.

5. Reunião Extraordinária de 06 de junho de 2005:

a) pontos de discussão:

- não funcionamento de um centro de saúde, em decorrência da greve dos servidores federais, apesar de os grevistas representarem uma minoria no efetivo da unidade, que possui também servidores estaduais e municipais, além de profissionais terceirizados no seu quadro;
- a dirigente da unidade afetada, presente à reunião, informou que apenas três funções (gastroenterologia, nutrição e acolhimento psiquiátrico) não poderiam funcionar por dependerem de funcionários

federais; segundo ela, já havia um clima de conflito dos servidores federais sindicalizados com a gestão que é municipal, que foi acirrado na situação de greve;

- houve várias intervenções e comentários sobre o caso, relatando situações de tensão vividas anteriormente, sendo consenso que a unidade em questão deveria funcionar como outras do distrito, ou seja, com a paralisação apenas dos serviços dependentes dos servidores federais em greve;
- foi sugerido o encaminhamento do caso ao CMS/Recife e ao Conselho Estadual de Saúde;
- uma conselheira representante do trabalhadores, também filiada ao sindicato promotor da greve, se prontificou a procurar a direção da entidade para conhecer o posicionamento oficial do sindicato quanto à situação naquela unidade de saúde;
- foi proposta a formação de uma comissão do conselho distrital, contendo representantes de usuários e de trabalhadores, para participar de uma reunião marcada para o dia seguinte entre o Secretário Municipal de Saúde e o comando de greve;
- foi ainda sugerido convidar o comando de greve para participar da próxima reunião ordinária do conselho para prestar esclarecimentos sobre a situação;

b) decisões:

- participação do conselho distrital na reunião marcada para o dia seguinte, entre o Secretário Municipal de Saúde e o comando de

greve da unidade de saúde que se encontrava sem funcionar, por meio de uma comissão específica (um conselheiro gestor, uma representante de trabalhadores, dois representantes de moradores, um de entidade, e a conselheira municipal da comissão de apoio aos conselhos distritais ligada ao CD-III);

- envio de convite formal ao comando de greve supracitado para participar da próxima reunião ordinária do conselho e prestar esclarecimentos sobre a situação.

6. Reunião Ordinária de 14 de junho de 2005:

a) Informes/esclarecimentos (autores):

- convite para festa junina na comunidade de um bairro (conselheira trabalhadora) e para a festa junina do distrito (presidente do conselho/gerente do distrito);
- anúncio do início das atividades da festa junina popular num parque público do distrito, contando com atuação da vigilância sanitária (conselheira gestora);
- problemas detectados na aplicação dos questionários para apurar denúncia de mau atendimento de ACS na Micro-região 3.3: não houve devolução imediata dos questionários porque foi permitido às agentes pesquisadas levar os instrumentos “para casa”, desvirtuando a intenção original de não se obterem respostas “preparadas”;
- exposição, para discussão e aprovação pelo conselho, da proposta de transformação de um centro de saúde de assistência básica tradicional em um centro de assistência integrada, referência para o distrito,

concentrando terapias ditas alternativas, tais como: florais, angioterapia, reiki, ioga, reflexologia (já existentes) e ainda benzedeira, fitoterapia, acupuntura, automassagem, homeopatia e iridologia (a introduzir);

- segundo a presidente do conselho/gerente do distrito, a introdução de terapias alternativas já era discutida há dez anos, já existindo um centro similar no Distrito II; pretende-se implantar a triagem dos pacientes para encaminhamento à terapia mais adequada a cada caso;
- notícias de mobilização das comunidades para a 7ª Conferência Municipal de Saúde, por dois conselheiros (um representante de moradores e outro de entidade);
- anúncio de convite para assumir cargo de direção na área de finanças da Prefeitura (conselheiro morador);

b) pontos de discussão:

- caso do centro de saúde paralisado por conta da greve de servidores federais: a proposta de funcionamento parcial, decidida na reunião extraordinária, fora acolhida pelo comando de greve quando da reunião com o secretário municipal de saúde, entretanto, segundo a gestora da unidade, situação confirmada por um dos conselheiros moradores que esteve no local, o centro estava funcionando, mesmo com alguns serviços paralisados (pediatria, dermatologia, nutrição, acolhimento psiquiátrico, radiologia e setor de pessoal), mas não estavam sendo atendidos os encaminhamentos oriundos de PSF, que

deveriam ser acolhidos como parte do acordo firmado com o comando de greve;

- o representante do comando de greve presente reconheceu a falha e prometeu passar a fazer o atendimento pactuado; o atual diretor do sindicato negou haver qualquer “questão pessoal” com a gerente do centro ou mesmo a gerente do distrito;
- caso da aquisição de uma casa para sediar um PSF, pertencente a um coordenador do Orçamento Participativo: a comissão, formada por dois conselheiros (um de entidade e um de morador) e pela secretária executiva para avaliar a proposta distrital entendeu que o processo de escolha foi regular.

c) decisões:

- aprovação, por unanimidade, da aquisição da casa pertencente a um coordenador do Orçamento Participativo para sediar um PSF, com base no parecer da comissão formada para analisar o caso.

7. Reunião Ordinária de 12 de julho de 2005:

b) Informes/esclarecimentos (autores):

- em recente reunião do Orçamento Participativo, o autor das acusações anteriormente levantadas contra a gerente distrital, tratadas na reunião de 10 de maio de 2005, não compareceu, tendo outros participantes apresentado desculpas quanto ao incidente; entretanto, houve queixas de alguns delegados do Orçamento Participativo, presentes naquela ocasião, de que as informações do conselho distrital não chegavam a eles (conselheiro gestor);

- comentários sobre o sucesso da campanha contra o câncer de colo de útero, desenvolvida em maio de 2005 num PSF da Micro-região 3.3, e sobre as atividades do Comitê de Desprecarização do Trabalho da SMS/Recife na discussão de soluções de transição para a plena regularização dos vínculos funcionais dos profissionais de saúde (conselheira trabalhadora da Micro-região 3.3);
- notícias sobre uma entrevista concedida para a organização da 7ª Conferência Municipal de Saúde sobre o papel do conselheiro, sobre a posse iminente de dois conselhos gestores de unidade fora do Distrito III e acerca da realização de uma próxima reunião a ser realizada no conselho de um movimento de mulheres (conselheira do CMS/Recife, componente da comissão de apoio aos conselhos distritais);
- convites para participação em uma palestra sobre reforma urbana e numa conferência sobre meio ambiente e reciclagem (conselheira do CMS/Recife, componente da comissão de apoio aos conselhos distritais);
- comentários sobre a realização mensal de uma assembléia geral de uma comunidade, estando prevista, para a reunião do final do mês de julho, a exploração do tema “filariose”; aproveitada a oportunidade para se pedir o comparecimento de alguém capacitado do distrito para proferir palestra na ocasião (conselheiro morador da Micro-região 3.3);

- convite para uma apresentação sobre a tese de doutorado da gerente do distrito, a ser realizada proximoamente em uma unidade de saúde local (conselheira gestora);
- comentários sobre o sucesso alcançado na festa junina do distrito; sobre a implantação do pólo permanente de educação no Estado, sobre o qual ocorreria em breve um seminário de sensibilização; e sobre a implantação do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU) na Região Metropolitana do Recife (conselheiro morador da Micro-região 3.1);
- retomada das discussões para a implantação do conselho gestor de uma unidade, que será a sétima unidade do distrito a possuir esse colegiado (conselheiro gestor);
- registro, quando da realização de reunião ordinária no conselho gestor de uma unidade, de elogios à premiação recebida pela gerente do distrito (conselheira de uma unidade do distrito);
- início, na semana seguinte, de um curso de profissionalização de ACS a ser ministrado em serviço com uma carga de 1.600 horas (conselheira gestora);
- convite para palestra sobre tuberculose a ser realizada na semana seguinte (conselheira trabalhadora da Micro-Região 3.2);
- realização de uma conferência do plano diretor municipal no final do mês de julho (secretária executiva);
- a ata da reunião anterior não estava sendo entregue porque houve problemas na digitação (secretária executiva);

b) pontos de discussão:

- reunião havida recentemente entre o Secretário Municipal de Saúde e uma comunidade da Micro-região 3.1, sem que tivesse sido comunicado o conselho distrital; o conselheiro representante de entidade, morador da mesma área, que trouxe este ponto, alegou que somente foi chamado na hora do evento; relatou que houve reclamações diversas sobre o atendimento básico em saúde, tais como: deficiências na infra-estrutura do PSF, falta de ACS e de odontólogo, realização de apenas dez consultas por dia e saída antes do horário por parte da médica local, falta de medicamentos, realização de reunião no PSF às sextas-feiras que atrapalhavam o atendimento; acrescentou que a insatisfação da comunidade era grande porque esses problemas haviam sido relatados há tempo no próprio conselho e não tinham sido tomadas providências; na reunião, o Secretário de Saúde prometeu soluções imediatas quanto aos ACS, ao serviço de odontologia e ao atendimento da médica;
- uma conselheira gestora (não estando presente a gerente do distrito por estar em viagem) lamentou o fato de não ter sido envolvido ninguém do conselho e opinou que o caso tinha de ser “resgatado”; outra gestora afirmou que deve haver maior conhecimento sobre as atribuições do PSF por parte dos usuários, exemplificando com a disponibilidade de atendimento, segundo as normas, de apenas sete expedientes por semana e não dez, como muitos acreditavam; finalizou dizendo que naquele mesmo dia havia recebido uma comissão de moradores no distrito que fizeram elogios à equipe de

um outro PSF; propôs a realização de reunião específica para se discutir PSF com os conselheiros;

- Preparação para a 7ª Conferência Municipal de Saúde: a secretária-executiva alertou que os conselheiros deveriam acompanhar mais de perto o processo, que estava sendo distribuído naquele momento o seguinte material: resoluções do CMS/Recife e regimento eleitoral pertinentes ao evento, *folders* e cartazes para distribuição nas respectivas comunidades, e ainda que estavam sendo realizadas reuniões no distrito com representantes dos PSFs naquela semana (uma micro-região por dia) para esclarecimentos e posterior multiplicação de informações sobre a Conferência pelos profissionais de saúde do distrito junto às respectivas comunidades;
- informações do distrito e esclarecimentos sobre o regimento eleitoral por parte da secretária-executiva e conselheiras gestoras presentes: além das discussões sobre saúde, ocorrerão duas eleições nas plenárias distritais (novos conselheiros distritais e delegados para a Conferência); datas das plenárias micro-regionais para escolha de pré-delegados com direito a voto e a serem votados na plenária distrital; os atuais conselheiros titulares são automaticamente pré-delegados de suas micro-regiões; os ACS somente podem se candidatar a pré-delegados e delegados no segmento de trabalhadores em saúde; nas plenárias micro-regionais, serão eleitos dez pré-delegados por segmento e mais um por cada grupo de dez participantes presentes;

- necessidade de escolha de uma comissão do conselho para se juntar à comissão de funcionários do distrito, já atuante na organização desse processo preparatório da Conferência, de forma análoga ao trabalho realizado pelo CMS/Recife no nível municipal, e necessidade da realização de uma reunião extraordinária específica sobre o evento;
- informações adicionais das gestoras presentes: o DS-III foi o que reuniu o maior número de pessoas na conferência anterior; haverá fornecimento de transporte pelo distrito para levar os interessados de comunidades distantes dos locais das plenárias, saindo e retornando de PSFs; os gestores de PSFs e os conselheiros deverão informar ao Distrito, com antecedência, as estimativas do números de pessoas que deverão comparecer para que se possa definir os tipos de veículos que serão usados em cada local;

c) decisões:

- criação de comissão do conselho distrital (um conselheiro morador titular e seu suplente, mais outro conselheiro morador) para se juntar à comissão de funcionários já atuante na preparação da 7ª Conferência Municipal de Saúde no DS-III, que deverá se reunir no dia 14 de julho de 2005 na gerência distrital às 15h00;
- realização de reunião extraordinária do conselho para tratar da preparação do 7ª Conferência Municipal de Saúde no DS-III no dia 27 de julho de 2005 no mesmo local e horário das reuniões ordinárias.

APÊNDICE G - Informes entre fev. e jul/2005

Informes apresentados no conselho distrital entre fevereiro e julho/2005

Informes (assuntos):	Reuniões: tipo/data e quantidade de ocorrências							
	Ord. 15/02	Ord. 01/03	Ord. 12/04	Ord. 10/05	Extra 06/06	Ord. 14/06	Ord. 12/07	Total
1. Participação de conselheiro em outros espaços políticos e em eventos a eles vinculados	2	1	1			1	5	10
2. Convite para participação de eventos vinculados a saúde pública				2			3	5
3. Convite para participação de eventos populares/comunitários ou de entidades e comitês sociais não diretamente vinculados à saúde pública	1	1	1			2	3	8
4. Denúncia de mau atendimento na rede de saúde distrital								
5. Reclamação de deficiência de infra-estrutura, de material e/ou de pessoal na rede de saúde	1							1
6. Elogios a servidores/equipes da rede de saúde distrital	1	1						2
7. Designação de novos gerentes e técnicos da rede de saúde distrital	1							1
8. Implantação e atividades de conselhos gestores de unidades	1			1			3	5
9. Organização da 7ª Conferência Municipal de Saúde	1	1				1		3
10. Planejamento do Distrito Sanitário e de suas unidades	1		2 (a)					3
11. Assuntos discutidos no Conselho Municipal de Saúde do Recife		1	1	1				3
12. Melhorias na infra-estrutura, capacitação de pessoal e/ou ampliação da rede de saúde distrital			1	1		1(b)		3
13. Alerta sobre epidemias e anúncio de campanhas de saúde				1			1	2
14. Acompanhamento de ações decorrentes de decisões do CD-III			1 (c)			1 (d)		2

- a) incluiu a distribuição do Relatório de Gestão 2001/2004 do Distrito;
- b) transformação de um centro de saúde tradicional em centro de terapias alternativas;
- c) formalização do desligamento de conselheiros faltosos;
- d) problemas na aplicação de questionários sobre qualidade de atendimento de ACS.

APÊNDICE H - Pontos de pauta entre fev. e jul/2005

Itens de pauta discutidos no conselho distrital entre fevereiro e julho/2005

Itens de pauta discutidos (assuntos):	Reuniões: tipo/data e quantidade de ocorrências							
	Ord. 15/02	Ord. 01/03	Ord. 12/04	Ord. 10/05	Extra 06/06	Ord. 14/06	Ord. 12/07	Total
1. Participação de conselheiro em outros espaços políticos e em eventos a eles vinculados								
2. Convite para participação de eventos vinculados a saúde pública								
3. Convite para participação de eventos populares/comunitários ou de entidades e comitês sociais não diretamente vinculados à saúde pública								
4. Denúncia de mau atendimento na rede de saúde distrital	4						1(a)	4
5. Reclamação de deficiência de infra-estrutura, de material e/ou de pessoal na rede de saúde	1		1				1(a)	3
6. Elogios a servidores/equipes da rede de saúde distrital	1							1
7. Designação de novos gerentes e técnicos da rede de saúde distrital								
8. Implantação e atividades de conselhos gestores de unidades			1	1				2
9. Organização e mobilização para a 7ª Conferência Municipal de Saúde			1	1			1(b)	3
10. Planejamento do Distrito Sanitário e de suas unidades								
11. Assuntos discutidos no Conselho Municipal de Saúde do Recife								
12. Melhorias na infra-estrutura e/ou ampliação da rede de saúde distrital				1		1		2
13. Alerta sobre epidemias e anúncio de campanhas de saúde		1						1
14. Acompanhamento de ações decorrentes de decisões do CD-III								
15. Alterações de horários/turnos de atendimento de unidades de saúde	1	1						2
16. Frequência e participação dos conselheiros e funcionamento da secretaria executiva do CD-III	1	2	1	1				5
17. Denúncias apresentadas em reunião do Orçamento Participativo (OP) de mau atendimento no DS-III e de eventual premiação injusta da gerente				1(c)			1(c)	2
18. Procedimentos para apuração de denúncias e reclamações		1(d)	1(d)	1(d)				3
19. Apuração de denúncias e negociação de atendimento em decorrência de greve em unidade					1(e)	1(e)		2

- a) reunião entre o Secretário Municipal de Saúde e uma comunidade para reclamação de mau atendimento e várias deficiências no PSF local, sem terem sido convocados o conselho distrital ou mesmo a gerência distrital;
- b) distribuição de material de divulgação e esclarecimentos quanto ao regimento eleitoral aplicável à 7ª Conferência Municipal de Saúde e suas prévias (plenárias micro-regionais e distrital);
- c) na reunião de maio, as acusações foram trazidas à apreciação do conselho e, em julho, foram trazidos testemunhos de retratação dos denunciante em nova reunião do OP;
- d) incluiu a preparação de instrumento de pesquisa e análise de problemas na sua aplicação para apuração de denúncias sobre qualidade de atendimento de ACS;
- e) a greve de servidores federais (que são minoria no quadro da unidade afetada) chegou a causar a paralisação dos serviços como um todo.