



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**Mestrado em Educação**

*Área de Especialização em Educação para a Saúde*

**Dissertação**

**O CONTROLE SOCIAL E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO  
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA:  
CONTRIBUTOS PARA O SEU CONHECIMENTO**

Joseneide Viana de Almeida

Orientador: Prof. Doutor Rozinaldo Galdino da Silva

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Laurinda Faria dos Santos Abreu

Évora

Novembro, 2011

**Mestrado em Educação**

*Área de Especialização em Educação para a Saúde*

**Dissertação**

**O CONTROLE SOCIAL E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO  
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA:  
CONTRIBUTOS PARA O SEU CONHECIMENTO**

Joseneide Viana de Almeida

Orientador: Prof. Doutor Rozinaldo Galdino da Silva

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Laurinda Faria dos Santos Abreu

## **DEDICATÓRIA**

À memória de Martinez Tavares de Almeida que nos deixou com sabedoria para traçarmos esta caminhada.

Àqueles que demonstraram dedicação e disponibilizaram alguns momentos de suas vidas contribuindo com informações necessárias para que este trabalho fosse realizado.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Deus eterno, pela preciosa dádiva de nos permitir o dom de disseminar e dar sentidos aos mais diversos conhecimentos da natureza humana.

Aos meus pais, por cada passo da minha trajetória na vida.

Ao Orientador e Coorientadora pela dedicação e pelo esmero com que estilizou os textos apresentados na produção deste trabalho.

À minha esposa Priscila e meus filhos Jônatas, Gênefer e Martins, alicerces indispensáveis, pelo amor, acolhida e compreensão nos momentos roubados de nosso convívio.

Aos nossos familiares pela inspiração, apoio, dedicação e paciência em todos os momentos difíceis e de fraqueza, tornando-se para nós o melhor de todas as nossas conquistas.

A todos aqueles que amam a luta pela vida, e por mais que enfrentem os piores bombardeios e obstáculos encontram sempre meios e forças para avançar e vencer com dignidade, mediante muita fé e esperança.

## RESUMO

### O Controle Social e da Educação Permanente no Conselho Estadual de Saúde de Roraima: Contributos para o seu Conhecimento

Este estudo caracteriza o Controle Social e a Política de Educação Permanente no Conselho Estadual de Saúde de Roraima Brasil, procurando identificar as variáveis que os determinam e definir um projeto de intervenção na área de educação permanente para a saúde para os membros do conselho com vistas a promover o fortalecimento do controle social no Estado de Roraima. Os resultados relativos a organização e funcionamento do conselho indicaram que o conselho apresenta deficiências de estruturação física, de funcionamento e organização. Demonstraram ainda que o controle social é pouco exercido pelos conselheiros de saúde e que o conselho não possui uma política de educação permanente para os conselheiros de saúde e membros da comunidade. Em virtude dos resultados, identificaram-se como áreas de intervenção, a mudança imediata da Lei e do Regimento Interno do Conselho, a dotação de condições físicas e estruturais para o funcionamento do Conselho, bem como o estabelecimento imediato de uma política de educação permanente para os conselheiros de saúde. As recomendações de intervenções apresentadas têm como objetivo o fortalecimento do controle social através de uma política de educação permanente para os conselheiros de saúde e membros da comunidade que o conselho representa.

**Palavras-chave:** Controle social, saúde, conselhos de saúde, educação.

## **ABSTRACT**

*The Social Control and Permanent Education on State Health Council of Roraima: Contributions to your Knowledge*

*This study characterizes the Social Control and the Politics of Permanent Education in State Health Council of Roraima Brazil, seeking to identify the variables that determine and define an intervention project in the area of continuing education for health board members in order to promote the strengthening of social control on health of Roraima State. The results about organization and functioning of the board indicated that the council has weaknesses on physical structure, functioning and organization. They also demonstrated that social control is few exercised by health counselors and the board does not have a policy of continuing education for health counselors and community members. Given the results, were identified as areas of intervention, the immediate change of the Law and the Bylaws of the Council, the provision of physical and structural conditions for the functioning of the Council, as well as the immediate establishment of a permanent education policy for health counselors. Interventions recommendations presented had aimed strengthening the social control through a policy of continuing education for health advisors and community members that the council represents.*

*Keywords: Social control, health, health council, education*

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, SIGLAS E SÍMBOLOS

CF – Constituição Federal  
CGU – Controladoria Geral da União  
SUS – Sistema Único de Saúde  
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde.  
IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.  
PSI – Programa de Saúde Indígena  
ONGS – Organizações Não Governamentais  
HGR – Hospital Geral de Roraima  
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde  
CONASP – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária  
AIS – Ações Integradas a Saúde  
VIII CNS – VII Conferência Nacional de Saúde  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
NOB – Norma Operacional Básica  
CIT – Comissão Intergestora Tripartite  
CIB – Comissão Intergestora Bipartite  
NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
SVS/MS – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública  
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões  
IAP – Institutos de Aposentadoria e Pensões  
IAPI – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários  
IAPETEC – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes  
CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária  
VIII CNS – VIII Conferência Nacional de Saúde  
GM/MS – Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde

5.<sup>a</sup> CES – RR – 5.<sup>a</sup> Conferência Estadual de Saúde de Roraima  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
URSS – União das repúblicas Socialistas Soviéticas  
9.<sup>a</sup> CNS – Nona Conferência Nacional de Saúde  
11.<sup>a</sup> CNS – Décima Primeira Conferência Nacional de Saúde  
12.<sup>a</sup> CNS – Décima Segunda conferência Nacional de Saúde  
MSZL – Movimento de Saúde da Zona Leste  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CMSF – Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza  
CES-RR – Conselho Estadual de Saúde de Roraima  
SESAU-RR – secretaria de Estado de Saúde de Roraima

## ÍNDICE

1. – ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO .....	1
1.1. – Introdução .....	1
1.1. Plano geral da dissertação .....	1
1.2. Contexto geral da investigação.....	2
1.4. Problema de investigação .....	5
1.5. – Objetivos do estudo.....	6
1.6. Questões de investigação .....	7
1.7. Importância do estudo.....	7
1.8. Limitações do estudo.....	8
2. – CONTEXTO TEÓRICO DA INVESTIGAÇÃO .....	9
2.1. Introdução .....	9
2.2. Caracterização do sistema de saúde brasileiro .....	9
2.2.1. Evolução histórica do sistema de saúde pública no Brasil .....	10
2.3. Conselhos de saúde e participação social.....	20
2.4. Educação permanente em saúde e Conselhos de Saúde .....	28
2.4.1. Educação permanente em Conselhos de Saúde no Brasil.....	33
2.5. Características do Estado de Roraima .....	36
2.5.1. Caracterização do Conselho Estadual de Saúde de Roraima .....	38
3. – METODOLOGIA .....	39
3.1. – Introdução .....	40
3.2. – Caracterização geral do estudo.....	40
3.2.1. – Caracterização do desenho de investigação .....	41
3.3. – População e Amostra .....	41
3.4. – Técnica de recolha de informação.....	42
3.4.1. – Construção e Validação do Questionário .....	43
3.4.2. – Quadro de recolha de documentos produzidos .....	45
3.5. Percurso/trilho efetuado na recolha de dados .....	46
3.6. Descrição da etapa de análise e tratamento de dados .....	47
4. – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	48
4.1. Introdução .....	48
4.2. – Apresentação dos resultados.....	48
4.2.1. Resultado das perguntas com relação aos dados de identificação ou perfil dos Conselheiros .....	48

4.2.2. Resultado das perguntas com relação aos dados de organização e funcionamento do conselho .....	52
4.2.3. Resultado das perguntas com relação aos dados de participação dos conselheiros .....	57
4.2.4. Resultado das perguntas com relação aos dados de Educação permanente de conselheiros.....	61
4.2.5. Resultado das perguntas com relação aos dados de Educação permanente na comunidade .....	61
4.3. – Resultados do quadro de documentos produzidos pelo conselho .....	63
4.4. – Discussão dos Resultados do questionário e quadro de documentos .....	72
4.4.1. Discussão dos Resultados da pesquisa documental.....	73
4.4.2. Discussão dos Resultados das respostas do questionário.....	76
4.4.3. Discussão dos resultados da pesquisa documental e das respostas do questionário .....	84
5. – CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES PARA A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE .....	87
5.1. – Introdução .....	87
5.2. – Conclusões e implicações diretas do estudo .....	87
5.3 – Sugestões para Organização, funcionamento e educação permanente no Conselho Estadual de Saúde de Roraima.....	90
5.3.1. Considerações relativamente a Organização do Conselho .....	90
5.3.1. Recomendações relativamente ao Funcionamento do Conselho Estadual de Saúde de Roraima.....	92
5.3.2. Recomendações relativamente a Educação Permanente de Conselheiros e membros da Comunidade.....	93
5.4.Sugestão de educação permanente para os Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde de Roraima .....	94
5.5. Sugestões para educação em saúde no segmento a ser realizada pelos Conselheiros .....	97
5.6. Considerações sobre o processo de avaliação de educação permanente.....	98
5.7 Sugestões para futuras investigações .....	99
Bibliografia.....	103
ANEXOS.....	107

## LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1. Demonstrativa de distribuição dos conselheiros entrevistados segundo o segmento que representam no conselho de Saúde de Roraima – 2008 a 2010.....	55
Tabela 4.2. Demonstrativa da frequência com que o Conselheiro participou das reuniões do Conselho.....	57
Tabela 4.3. Demonstrativa da frequência com que o Conselheiro conhece as leis e princípios do SUS.....	60
Tabela 4.4. Demonstrativa da transmissão das decisões do conselho pelo conselheiro para seu segmento.....	62

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1. Distribuição dos Conselheiros por sexo.....	49
Gráfico 4.2. Distribuição dos Conselheiros por estado civil.....	49
Gráfico 4.3. Distribuição dos Conselheiros por faixa etária.....	50
Gráfico 4.4. Distribuição dos Conselheiros pelas características étnicas.....	50
Gráfico 4.5. Distribuição dos Conselheiros quanto à escolaridade.....	51
Gráfico 4.6. Distribuição dos Conselheiros quanto à área em que trabalham.....	51
Gráfico 4.7. Distribuição dos Conselheiros quanto ao conhecimento da existência de regimento interno no conselho.....	52
Gráfico 4.8. Distribuição dos Conselheiros quanto a existência de dotação orçamentária no conselho.....	53
Gráfico 4.9. Distribuição dos Conselheiros quanto à convocação das reuniões.....	53
Gráfico 4.10. Distribuição dos Conselheiros quanto a quem definia os assuntos das reuniões do Conselho.....	54
Gráfico 4.11. Distribuição dos Conselheiros quanto à divulgação das reuniões na comunidade.....	54
Gráfico 4.12. Distribuição dos Conselheiros relativamente à abertura das reuniões ao público.....	54
Gráfico 4.13. Distribuição dos Conselheiros quanto à forma que se tornou conselheiro.....	56
Gráfico 4.14. Distribuição das respostas dos Conselheiros quanto à homologação das decisões do conselho pelo poder executivo.....	57
Gráfico 4.15. Distribuição dos Conselheiros quanto ao conhecimento do fundo estadual de saúde.....	57
Gráfico 4.16. Distribuição dos Conselheiros quanto ao conhecimento da agenda estadual de saúde.....	58
Gráfico 4.17. Distribuição dos Conselheiros relativamente à análise da prestação de contas da Secretaria de Saúde do Estado.....	59
Gráfico 4.18. Distribuição dos Conselheiros sobre o conhecimento da existência de plano estadual de saúde.....	59
Gráfico 4.19. Distribuição dos Conselheiros quanto a fiscalização dos serviços de saúde local.....	60

Gráfico 4.20. Distribuição dos Conselheiros do conhecimento da realização de conferência estadual de saúde.....	60
Gráfico 4.21. Distribuição dos Conselheiros quanto à participação em capacitação para conselheiros de saúde.....	62
Gráfico 4.22. Distribuição dos Conselheiros quanto à capacitação na comunidade.....	63

## LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1. Demonstrativo de recursos financeiros em reais do Ministério da Saúde para Participação e Controle Social de 2008 – 2011.....	26
Quadro 3.1. Inventário de Questões do questionário para aplicação aos Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde de Roraima.....	43
Quadro 3.2. Inventário para levantamento de dados da pesquisa documental.....	45
Quadro 4.1. Demonstrativo dos Documentos produzidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Roraima no período de 2008.....	64
Quadro 4.2. Demonstrativo dos Documentos produzidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Roraima no período de 2009.....	65
Quadro 4.3. Demonstrativo dos Documentos produzidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Roraima no período de 2010.....	67

## **1. – ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO**

### **1.1. – Introdução**

Neste capítulo apresentam-se os objetivos da investigação em causa, assim como uma contextualização teórica do estudo de forma a evidenciar a relevância e pertinência do mesmo em face da efetiva ou não participação dos Conselheiros de Saúde no desenvolvimento do controle social e da educação permanente no Estado de Roraima no Brasil.

Desta forma, faz-se em primeiro lugar uma breve descrição da estrutura do capítulo (1.1.), seguida do plano geral da dissertação (1.2.), define-se contexto geral da investigação (1.3.), problema geral de investigação (1.4.), objetivos do estudo (1.5.), questões de investigação (1.6), e revela-se a importância do estudo a luz da legislação brasileira em torno do controle social e da educação permanente no Brasil e Estado de Roraima (1.7). Por último apresentam-se limitações do estudo (1.8).

### **1.2. – Plano geral da dissertação**

A dissertação em causa está dividida em cinco capítulos.

No primeiro capítulo – Introdução – estabeleceu-se o plano geral do estudo, definiu-se o contexto geral da investigação, identificou-se o problema de investigação, definiram-se os objetivos gerais e específicos e estabeleceram-se as questões de investigação. Justificou-se a escolha do tema assinalando a sua importância na panorâmica atual e definiram-se as limitações do estudo.

No segundo capítulo – Revisão da Literatura – pretende-se desenvolver um quadro de referências que permita conhecer a fundo o problema e enquadrá-lo teoricamente na realidade científica atual.

No terceiro capítulo – Metodologia da Investigação – define-se a metodologia da investigação de forma pormenorizada.

No quarto capítulo – Apresentação e Discussão dos Resultados – apresentam-se os resultados, analisam-se e discutem-se os mesmos.

No quinto capítulo – Conclusões, implicações e sugestões para educação para saúde – é esboçado um projeto de intervenção para o Conselho Estadual de Saúde que visa o fortalecimento do controle social e da educação permanente para conselheiros do referido conselho. Apresentam-se as principais conclusões,

identificam-se as limitações do estudo e definem-se as implicações para trabalhos futuros.

### **1.3.– Contexto geral da investigação**

A participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva do Controle Social foi um dos eixos dos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Correia (2006), concordando com Machado (1986), definem a participação em Saúde como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde”. Este conceito não tem sofrido modificações importantes ao longo do processo de implantação do SUS e é bem aceito entre os estudiosos do tema até o ano de 2011.

A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social no sentido de os setores organizados na sociedade civil participarem desde as suas formulações - planos, programas e projetos –, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. Foi institucionalizada na Lei 8.142/90, através das Conferências que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo, e através dos Conselhos, que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados na sociedade civil, e os demais segmentos (gestores públicos e privados e trabalhadores da saúde), e que devem o controle social (Correia, 2003).

O conceito de controle social está no centro das discussões sobre os conselhos de políticas e de direitos e da participação popular inscrita na Constituição Federal do Brasil de 1988. Assim, partimos do pressuposto de que não é uma tarefa promissora estabelecer um único conceito de controle social, pois acreditamos que estaríamos condenados ao fracasso na tentativa de encontrar um significado unívoco. (Calvi, 2008).

Uma análise sobre teoria política em torno do assunto nos revela que o significado de ‘controle social’ é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade civil distintas. Tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para

designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado.

Alguns autores recuperam aspectos da trajetória da noção de “controle social” a partir das discussões clássicas de Émile Durkheim<sup>1</sup> sobre a integração social, passando pela criação e utilização do termo na sociologia norte-americana, pela contraposição com as reflexões de Michel Foucault sobre o poder, até chegar à indicação da situação atual desse debate no pensamento social contemporâneo (Alvarez, 2004)

Concordando com Alvarez (2004), Michel Foucault foi um autor de fundamental importância para a construção de novas formas críticas de pensar a questão do controle social no âmbito do pensamento social contemporâneo. Desde o início dos anos 60, em trabalhos como *História da Loucura*, os estudos de Foucault já se voltavam, em grande medida, para as práticas e instituições sociais que, na aurora da modernidade, configuraram novos espaços de exclusão ou de normalização de determinadas formas de comportamento e de subjetividade. Ao estudar a formação de saberes como a psiquiatria, a clínica moderna, as Ciências Humanas e seus respectivos âmbitos institucionais, Foucault perseguia justamente aspectos da vida social que o processo de racionalização da modernidade ou excluía ou tomava como desvios a serem normalizados. Mas é sobretudo no assim chamado segundo momento de sua trajetória, nos estudos convencionalmente circunscritos ao que Foucault chamará de “genealogia do poder”, que a vizinhança de suas pesquisas com as temáticas reunidas em torno da noção de controle social torna-se mais evidente. Sem nenhuma dúvida, a obra dessa fase que terá maior impacto no âmbito do pensamento social contemporâneo será *Vigiar e Punir*, publicada em 1975.

Ainda de acordo com Alvarez (2004), a partir das discussões travadas por Foucault em *Vigiar e Punir*, mas também nos estudos posteriores sobre temáticas como as do biopoder ou da governamentalidade, fica evidente que a noção de poder em Foucault não pode ser reduzida nem a um simples diagnóstico da intensificação do controle social nem a uma visão do poder como unidimensionalmente repressivo, pois, embora o poder produza certamente controle, ele produz igualmente outras coisas (Lacombe, 1996). Ao enfatizar o poder como rede de relações de força, como mecanismo que tanto obriga quanto habilita para a ação, ao colocar igualmente a resistência no cerne das práticas de poder, ao negar que os efeitos do poder sejam

---

<sup>1</sup> Para uma análise mais aprofundada do pensamento de Durkheim no âmbito da Sociologia da punição, consultar (Garland, 1990)

uniformizadores ou unitários, Foucault distancia-se das teses simplistas acerca da intensificação crescente do controle social (Lacombe, 1996)

Cohn (2000), afirma que o termo “controle social” vem sendo utilizado para designar a participação da sociedade prevista na legislação do SUS. Seu exercício caberia aos Conselhos de Saúde através da deliberação “sobre a definição das políticas de saúde a serem implementadas, bem como o monitoramento de sua implementação” (Cohn, 2000, p.45).

Bravo (2002), partindo do aspecto legal, coloca que o sentido do controle social inscrito na Constituição de 1988 “é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”.

De acordo com o que preceitua a obra *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* (Brasil, 2006), o controle social:

abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão no SUS. Há mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos diversos atores sociais. (p. 94)

Neste sentido, este estudo caracteriza a participação da comunidade nas decisões das políticas públicas de saúde e o exercício da política de educação permanente para conselheiros de saúde no SUS como estratégias de fortalecimento do controle social no Estado de Roraima no Brasil. Reporta-se aos marcos jurídicos que reafirmam a importância de capacitar os cidadãos para o controle social e encorajá-los para o envolvimento na elaboração, participação e fiscalização das políticas públicas de saúde no Brasil e no Estado de Roraima. O estudo aborda ainda o pensamento de que o desenvolvimento de estratégias educacionais que promovam mudanças de comportamentos de vida saudáveis na comunidade perpassa também pelo fortalecimento dos conselheiros de saúde como sujeitos sociais que participam da formulação, gestão e deliberação da política de saúde como representantes desta comunidade.

No intuito de contribuir com o fortalecimento do controle social e da educação permanente no Conselho de Saúde do Estado de Roraima, o estudo ainda recomenda estratégias de educação em saúde que viabilizem o exercício dos conselheiros no sentido de serem atores sociais transformadores da realidade em que vivem na busca de melhores condições de vida para as pessoas que os mesmos representam. Trata-se de um estudo analítico, qualitativo e quantitativo.

#### 1.4. – Problema de investigação

De acordo com a Controladoria Geral da União - CGU (2008), na história sociopolítica do ocidente, as constituições evoluíram ao reconhecer os direitos sociais, ao lado dos direitos individuais, civis e políticos e ao promover a abertura do Estado à efetiva participação do povo em sua gestão e controle. Isso porque o povo é o titular legítimo do poder estatal, cujo exercício pode ser através dos governantes ou por meio de representantes da sociedade civil organizada como os conselhos de saúde, conselhos de educação, conselhos sociais e outras organizações de participação da sociedade.

O povo brasileiro, na vanguarda dessa história sociopolítica, decidiu que o Brasil deve ser um Estado Democrático de Direito. Esta decisão está impressa no Preâmbulo e no art. 1.º da Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988. Por essa razão, aparecem como fundamentos de nossa República a soberania, a cidadania e a dignidade da pessoa humana, nos incisos I, II e III desse mesmo dispositivo, cujo parágrafo único finaliza, consagrando o princípio da soberania popular: "todo poder emana do povo, que o exerce por meio de seus representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição" (CGU, 2008).

A participação da comunidade nos cuidados de saúde primários está contemplada desde a declaração de Alma Ata (1978) e reforçada pelas demais conferências que se realizaram ao longo dos anos. Neste sentido, buscou-se construir elementos que permitisse esta participação de fato e de direito, com elaboração de instrumentos legais que desse a sustentação para que a sociedade possa sugerir e interferir nas decisões das políticas públicas de saúde.

No Brasil, a Constituição Federal, de cinco de outubro de 1988, define a participação da comunidade como uma das diretrizes fundamentais do SUS (Sistema Único de Saúde), no artigo 198.º. A Lei 8.080 de 19/09/90, no capítulo 2, artigo 7.º, estabelece a participação da comunidade como uma das diretrizes que devem nortear as ações de serviços públicos de saúde. Desta forma, a Lei 8.142 de 28/12/90 regulamentou a participação da comunidade no artigo 1.º, que rege: o SUS de que trata a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, constará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I – A Conferência de Saúde; e, II – O Conselho de Saúde.

Esse mesmo artigo, em cinco parágrafos, estabelece os parâmetros fundamentais de estrutura e funcionamento dessas instâncias. Quanto a Conferência de saúde, define a periodicidade mínima de quatro anos e estabelece como seus

objetivos a avaliação da situação de saúde e proposição de diretrizes para formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Prescreve a representação de diversos segmentos sociais, perpetuando assim a participação da sociedade inaugurada pela VIII Conferência, e dá aos conselhos respectivos o poder de organizá-las e mesmo convocá-las em caráter extraordinário. Quanto aos conselhos, é definido seu caráter permanente e deliberativo e sua função de atuar na formulação de estratégias e no controle na execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Os seus membros são definidos em quatro tipos de representantes: governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, sendo que a representação desses é obrigatoriamente paritária em relação ao conjunto dos outros membros, tanto nos conselhos, quanto nas conferências (Carvalho, 1995).

Nas diversas conferências de saúde realizadas ao longo do processo de redemocratização da saúde no Brasil, com vista à participação da comunidade através dos conselhos de saúde, percebeu-se a necessidade do desenvolvimento de uma política de capacitação para os representantes nos conselhos, pois se constatava que os conselheiros detinham nenhum ou pouco conhecimento da legislação de saúde e eram substituídos com muita frequência, o que atrapalhava o desenvolvimento das ações dos conselhos. Neste sentido, abordaremos a política de educação permanente para conselheiros de saúde do SUS, com o intuito de observá-la como um forte mecanismo na resolução destes e de outros entraves do fortalecimento do SUS.

Quando nos propomos a estudar a atuação de conselhos de saúde, isto nos remete a discorrer sobre o controle social exercido por estes conselhos aos seus segmentos representados. Nesta perspectiva, este trabalho, além de estudar o fenômeno do controle social, aborda também a política de educação permanente para conselheiros de saúde envolvidos na elaboração, participação e fiscalização das políticas públicas de saúde do Estado de Roraima.

### **1.5. – Objetivos do estudo**

O objetivo geral do estudo é:

Analisar o controle social sobre a atuação e a política de educação permanente dos conselheiros, membros do Conselho de Saúde do Estado de Roraima no período de 2008 a 2010.

Os objetivos específicos do estudo são:

1. Conhecer a dinâmica de funcionamento e da organização do Conselho Estadual de Saúde de Saúde no período de 2008 a 2010.
2. Identificar o perfil dos conselheiros do Conselho Estadual de Saúde de Roraima no período de 2008 a 2010.
3. Diagnosticar e descrever a participação dos conselheiros na elaboração, fiscalização e decisões nas políticas de saúde do estado.
4. Diagnosticar e descrever a política de educação permanente para os conselheiros de saúde.
5. Elaborar uma proposta de intervenção em educação permanente para conselheiros de saúde.

### **1.6. – Questões de investigação**

Foram formuladas duas grandes questões de investigação:

- Qual a atuação do Conselho Estadual de Saúde para o efetivo exercício do controle social no Estado de Roraima em busca do fortalecimento SUS?
- O Conselho de Saúde do Estado de Roraima desenvolve uma política de educação permanente para os seus conselheiros?

### **1.7. – Importância do estudo**

O controle social para fortalecimento do SUS no Brasil e a educação permanente de conselheiros ocupam espaços nos debates da agenda Nacional de Saúde. O controle social deverá ser exercido por representantes da comunidade através dos Conselhos de Saúde. A escolha destes representantes se dá de forma democrática, através do voto, nas instituições que terão representação nos conselhos de saúde. A participação da comunidade de acordo com a Resolução n.º 333/2004 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) é paritária, ou seja, dos representantes, 50% são de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo, de prestadores de serviço privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

A participação da comunidade garantida pela Lei n.º 8142/90 através dos seus conselheiros de saúde e de acordo com as discussões das conferências de saúde

realizadas ao longo do processo de redemocratização da saúde no Brasil necessitava do desenvolvimento de uma política de capacitação para os representantes nos conselhos, que lhes proporcionasse conhecimentos mínimos de legislação de saúde para o desenvolvimento de suas funções.

Neste sentido, abordaremos a política de educação permanente para conselheiros de saúde do SUS, com o intuito de observá-la como um forte mecanismo na resolução destes e de outros entraves do fortalecimento do SUS.

Ainda ressalta-se a importância do estudo para estudantes, entidades da sociedade civil organizada e demais atores envolvidos na formulação, gestão, deliberação e fiscalização das políticas públicas de saúde desenvolvida no Estado de Roraima.

### **1.8. – Limitações do estudo**

Uma das limitações inerentes à realização deste estudo prendeu-se pela recusa de 6(seis) conselheiros de saúde em participar na recolha de dados. Outro fator limitante, prende-se ao fato de 1 (um) conselheiro ter sido empossado há menos de seis meses no conselho, fato que o limitava participar da pesquisa em virtude de não ter vivenciado as atividades do Conselho no período estudado.

Com relação à pesquisa documental, um fator limitante foi a recusa da entrega de documentos para análise pela secretaria executiva do conselho, deficiência na guarda ou subregistro das ações desenvolvidas pelos conselheiros no período estudado.

## **2. – CONTEXTO TEÓRICO DA INVESTIGAÇÃO**

### **2.1. – Introdução**

Neste capítulo apresenta-se o contexto teórico da investigação que delimita e contextualiza o problema em estudo. Dividiu-se o capítulo em cinco seções, sendo que na primeira (2.1.) se procede a uma descrição breve do capítulo em causa, na segunda seção (2.2) explica-se a caracterização do sistema de saúde brasileiro, nomeadamente uma revisão da evolução histórica do sistema de saúde pública no Brasil, o movimento da reforma sanitária e como a sociedade ganha participação nas decisões de saúde públicas no Brasil. Na terceira (2.3) discutem-se os Conselhos de Saúde e participação social no Brasil e as principais legislações a favor do fortalecimento do controle social e da educação permanente de conselheiros de saúde. De seguida, (2.4.) apresenta-se a idéia de que os Conselhos de Saúde devem funcionar como ambiente promotor da discussão e elaboração de políticas públicas de saúde e espaço para educação permanente em saúde no Brasil, e na subseção (2.4.1) apresenta-se a educação permanente em Conselhos de Saúde no Brasil. Por último, na seção (2.5) caracteriza-se o Estado de Roraima, com o intuito de proporcionar ao leitor uma panorâmica do local aonde se desenvolveu o estudo, e na subseção (2.5.1) caracteriza-se o Conselho Estadual de Saúde de Roraima.

### **2.2. – Caracterização do sistema de saúde brasileiro**

O Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988, quando criou o SUS. As discussões prévias, consolidadas na VIII Conferência de Saúde e materializadas na Constituinte pela luta dos sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema vigente ofereceram ao povo brasileiro a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação do povo brasileiro, fortalecendo a cidadania quando afirma ser saúde direito de todos e dever do Estado.

A participação da sociedade também foi garantida nas decisões das políticas de saúde para o país através de legislação específica estabelecendo a criação dos Conselhos de saúde e a realização de conferências de saúde periódicas em todo o país.

Para o entendimento dos condicionantes e determinantes do modelo de organização do sistema de Saúde brasileiro vigente, é relevante destacar alguns aspectos de sua evolução histórica.

### 2.2.1. – Evolução histórica do sistema de saúde pública no Brasil

A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808 determinou mudanças na administração pública colonial, até mesmo na área da saúde. Como sede provisória do Império português e principal porto do País, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se centro das ações sanitárias. Era necessário, então, criar rapidamente centros de formação de médicos, que até então eram quase inexistentes em razão, em parte, da proibição de ensino superior nas colônias. Assim, por ordem real, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e na Bahia, na primeira década do século XIX, logo transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do País (Conass, 2007a).

A regulamentação do ensino e da prática médica resultou em um maior controle das práticas populares e na substituição gradativa dos religiosos das direções dos hospitais gerais, especialmente a partir da República. Outro resultado da política de normalização médica foi a constituição de hospitais públicos para atender algumas doenças consideradas nocivas à população e de necessário controle pelo Estado, como as doenças mentais, a tuberculose e a hanseníase. Assim, em 1852 é inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro no Rio de Janeiro. Hospital D. Pedro II, com o objetivo de tratar medicamente os denominados .doentes mentais. (Costa J. , 1989).

Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população. No entanto, é o momento em que instâncias médicas assumem o controle das medidas de higiene pública. Seu regulamento é editado em 20 de setembro de 1851 e a transforma em Junta Central de Higiene Pública. Tem como objetivo a inspeção da vacinação, o controle do exercício da Medicina e a polícia sanitária da terra, que engloba a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fabricas e, em geral, todos os lugares de onde possa provir dano à saúde pública (Conass, 2007a).

Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas a: i) delegação das

atribuições sanitárias às juntas municipais; e ii) controle de navios e saúde dos portos (Polignano, 2006).

Verifica-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se alongou por quase um século.

A proclamação da República em 1889 foi embalada na idéia de modernizar o Brasil. A necessidade urgente de atualizar a economia e a sociedade, escravistas até pouco antes, com o mundo capitalista mais avançado favoreceu a redefinição dos trabalhadores brasileiros como capital humano. Essa idéia tinha por base o reconhecimento de que as funções produtivas são a fontes geradoras da riqueza das nações. Assim, a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seria o caminho indicado para alterar a história do País, considerado no exterior como “região bárbara”. Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país (Bertolli, 2004).

A partir de 1902, com a entrada de Rodrigues Alves na presidência da República, ocorreu um conjunto de mudanças significativas na condução das políticas de saúde pública. A primeira ação mais concreta levou à concepção de um programa de obras públicas junto com o prefeito da capital Guanabara, Pereira Passos, na primeira tentativa mais sistematizada de organização e saneamento da cidade capital. As ações de saneamento e urbanização foram seguidas de ações específicas na saúde, especialmente no combate a algumas doenças epidêmicas, como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola (Baptista, 2007).

As políticas de saúde, cujo início efetivo pode ser indicado em fins da década de 1910, encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Foi o resultado do encontro de um movimento sanitarista, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, com a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no País (Lima, Fonseca, & Hochman, 2005).

A atenção para as epidemias nas cidades, como a de peste bubônica em 1899, no porto de Santos, esteve na origem da criação, em 1900, das duas principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do País: o Instituto Soroterápico Federal – transformado posteriormente em Instituto Oswaldo Cruz (1908) e Fundação Oswaldo Cruz (1970), no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantan, em São Paulo. Nessas instituições, uma nova geração de médicos, formados segundo o paradigma da bacteriologia e influenciados pela pesquisa científica praticada na França e na

Alemanha, começaria a exercer forte influência nas concepções sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações em saúde pública (Lima *et al.*, 2005).

A incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levaram os governos republicanos, pela primeira vez na história do País, a elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou útil, da população. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do estado na área da saúde tornou-se global: não se limitava às épocas de surto epidêmico, mas estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade (Conass, 2007b).

Além de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, Adolpho Lutz, Arthur Neiva e Vital Brasil, entre outros, destacam-se na definição de rumos para a saúde pública e na criação de instituições.

Um ativo movimento de Reforma Sanitária emergiu no Brasil durante a Primeira República, sob a liderança da nova geração de médicos higienistas, que alcançou importantes resultados. Entre as conquistas, destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920. Durante a Primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central (Conass, 2007b).

A Lei que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) tem sido indicada como o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. Tratava-se de organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores e organizadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados (Escorel, Nascimento, & Edler, 2005).

A Lei deveria ser aplicada a todos os trabalhadores. Para que fosse aprovada no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural, foi imposta à condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que na história da previdência do Brasil perdurou até a década de 1960, quando foi criado o Funrural (Fundo de Assistência a Saúde Rural). Assim foi aprovada contemplando somente o operariado urbano (Escorel, Nascimento & Edler, 2005).

O Estado não participava propriamente do custeio das Caixas, que, de acordo com o determinado pelo artigo 3.º da Lei Eloi Chaves, era mantido por empregados das empresas (3% dos respectivos vencimentos); empresas (1% da renda bruta); e consumidores dos serviços destas (Cordeiro, 2004).

Como percebemos o período anterior a 1930 caracterizou-se pela predominância do modelo liberal privado tradicional – assistência médica individual oferecida pelas Santas Casas e instituições de caridade a quem não podia pagar ou por médicos tipicamente liberais mediante remuneração direta.

A grande crise que atravessou o setor cafeeiro na década de 20 (super-safras e quebra da bolsa de *New York*, em 1929) gerou uma intensa crise econômica e forte insatisfação social. Ao mesmo tempo, o crescente adensamento urbano potencializou o desenvolvimento do movimento operário. A chegada de Getúlio Vargas à presidência, em 1930, carregou, para o aparelho estatal, as demandas de outros grupos, além dos cafeicultores, como, por exemplo, os tenentes que queriam uma ação estatal mais centralizada e voltada para os interesses nacionais em detrimento dos interesses das oligarquias estaduais (Escorel, & Teixeira, 2008).

Neste contexto, surge a Previdência Social, atuando por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) das diversas categorias profissionais, como por exemplo: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas e, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPETEC) (Escorel, & Teixeira, 2008).

Em 1953, com a Lei n.º 1920 de 25 de julho foi criado pelo Presidente da República, Carlos Luz, o Ministério da Saúde, desmembrando-o do Ministério da Educação.

A partir do final dos anos 1950, inicia-se no Brasil um novo processo de transformações caracterizado por um movimento de “modernização” do setor Saúde. Este movimento insere-se no processo de modernização de toda a sociedade brasileira, que pode ser entendido como aprofundamento do desenvolvimento capitalista, tendo como objetivo fundamental a plena realização da lógica de eficiência da produção de bens e serviços.

Na prática, os anos do desenvolvimentismo mantiveram a lógica de organização do modelo político em vigor para a saúde, com as ações e serviços de saúde pública de um lado e o sistema previdenciário de outro, com políticas isoladas de saúde que atendiam a diferentes objetivos. Uma política de saúde pública universal e com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis, e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com ênfase na assistência curativa. O direito à saúde integral ainda não era um direito do cidadão brasileiro (Baptista, 2007).

Do início do século XIX até 1960, a mobilização da saúde pública foi direcionada para a criação de grandes campanhas de vacinação em massa da população, com o objetivo de controle da salubridade local, com direito a atendimento

médico somente quem fizesse parte do sistema previdenciário (Mattos, 2003).

Em março de 1964, mediante um golpe militar se instala no Brasil o período mais repressor, dominador e autoritário da história brasileira, com evidentes reflexos na política de Saúde.

O Plano Leonel Miranda, anunciado em dezembro de 1967, privilegia a medicina liberal e a livre empresa médica, indicando caminhos de favorecimento da privatização dos recursos geridos pelo Estado no setor. Propunha a privatização total do sistema de Saúde, com regime de livre escolha do médico e do hospital, bem como a participação compulsória e imediata do usuário no custeio dos serviços.

O governo militar implantou reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluísse dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais (Polignano, 2006).

Os custos da assistência médica e a eficiência do setor saúde tornaram-se uma questão de Estado, a partir da intensificação de desenvolvimento capitalista, pela incorporação de grandes contingentes de cidadãos com novos direitos e da crescente incorporação tecnológica, onerando extremamente a atenção médica e tornando insuportável a manutenção do modelo (Conass, 2007b).

A construção ou a reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público, mais especificamente com recursos financeiros da Previdência Social, associada ao enfoque na medicina curativa foi concomitante à grande expansão das faculdades particulares de medicina por todo o País. O INPS financiou a fundo perdido as empresas privadas que desejassem construir seus hospitais (Escorel *et al.*, 2005).

Na década de 70, sensibilizados com essa crise, alguns profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, psicólogos, dentre outros) se mobilizaram, preocupados com a assistência oferecida à população e com as dificuldades de acesso e tratamento da maior parte da sociedade. Une-se com profissionais de outros setores, como políticos, intelectuais, sindicalistas e lideranças populares, num movimento crítico, mostrando os efeitos do sistema econômico vigente sobre as condições de acesso a assistência à saúde da população. Esse movimento crítico não somente evidencia os prejuízos desse sistema para a saúde, mas também propostas de novas modalidades para outra concepção de pensar e fazer saúde, mais humana e

universal, podendo somente ser alcançadas através de uma ampla reforma sanitária (Mattos, 2003).

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor (Malik, 1998)

Várias foram às propostas de implantação de uma rede de serviço voltada para a atenção primária à saúde com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se já a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976. Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que, na realidade nunca saiu do papel, logo seguido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983. Estas constituíam uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde (Waldman, 1998).

Ao lado desse quadro político-institucional, crescia, a partir de 1985, um amplo movimento político setorial que teve como pontos culminantes, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), os trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), criada pelo Ministério da Saúde, em atendimento a proposta da VIII CNS, e o projeto legislativo de elaboração da Carta Constitucional de 1988 (Finkelman, 2002).

O advento da Nova República em 1985 e o fim do regime autoritário no país viabiliza condições de mais democracia e liberdade para o conjunto da sociedade. As Ações Integradas de Saúde (AIS) são fortalecidas em todo o país e ocorre o fortalecimento dos sistemas municipais e estaduais de saúde. Em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), considerada unanimemente pelo movimento sanitário como um dos marcos da reforma. Na conferência é consolidada a doutrina do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de saúde universal, igualitário, participativo, descentralizado e integral. Em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), concebido pelos técnicos do movimento sanitário como “estratégia ponte” preparatória para a adoção do SUS na Constituição Nacional de 1988. As forças políticas favoráveis à reforma Sanitária saíram vitoriosas, já que o texto constitucional preservou as doutrinas e os princípios aprovados na VIII CNS. O debate entre favoráveis e contrários à implementação do SUS passa a ocorrer em outra arena política, o Congresso Nacional, onde iria dar-se a regulamentação das medidas constitucionais por intermédio das Leis Orgânicas da Saúde n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90 (Silva, 2001).

O reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, o consequente dever do Estado na promoção desse direito, a instituição de um sistema único de saúde, tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção, a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, como forma de organização e a participação popular como instrumento de controle social, foram teses defendidas na VIII CNS e na CNRS que se incorporaram ao novo texto constitucional (Finkelman, 2002).

Cabe lembrar que antes da criação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, e a Assistência à Saúde desenvolvida beneficiavam apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e seus dependentes, não tendo caráter universal (Souza, 2002).

O conceito de seguridade social – “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (CF, art.º 194) – constitui uma das mais importantes inovações incorporadas à Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988. O novo conceito impôs uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro. Primeiro, reconhecendo a saúde como direito social; segundo, definindo um novo paradigma para a ação do Estado na área. Esse novo marco referencial está expresso em dois dispositivos constitucionais: o Art.º 196 e o Art.º 198. (Finkelman, 2002).

A Constituição Federal de 1988 define o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc.

O artigo 196 cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com este artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública”, sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde.

Conforme a Constituição Federal de 1988, o SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Neste sentido o campo da saúde coletiva ficou consolidado como um direito de cidadania, aonde se dar amparo legal para a formulação de políticas de saúde que atenda as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para o bem-estar social de seus cidadãos.

A partir das definições estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e das Leis n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990, o processo de implantação do Sistema único de Saúde foi efetivamente iniciado. Este processo foi orientado, inicialmente pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, instituídas por meio de portarias, inicialmente de Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e depois do Ministério da Saúde.

Uma análise geral da Lei n.º 8080/90 é suficiente para detectar as suas principais tendências: realce das competências do Ministério da saúde, restringindo-lhe a prestação direta dos serviços apenas em caráter supletivo; ênfase na descentralização das ações e serviços para os municípios; e valorização da cooperação técnica entre Ministério da Saúde, estados e municípios, onde estes ainda eram vistos, preponderantemente, como receptores de tecnologia (Finkelman, 2002).

As NOBs definiram competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no SUS: as condições de gestão. Definiam também critérios para repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

A Norma Operacional Básica, NOB/1991e NOB/1992 foram editadas sob a gestão do INAMPS que mantinha a cultura prevalecente desta instituição de assistência médica e, portanto, tinha forte conotação centralista. Mantinha-se o INAMPS como órgão responsável pelo repasse dos recursos financeiros aos estados e municípios.

Segue-se NOB de 1993, editada por meio da Portaria GM/MS nº 545 de 20 de maio de 1993. A primeira exclusivamente do Ministério da Saúde, formalizou os princípios aprovados na IX Conferência Nacional de Saúde, institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite (CIT- formada por Secretários Estaduais de Saúde) e Bipartite (CIB – formada por Secretários Municipais de Saúde) criando, dessa forma, um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas, ademais de impulsionar a municipalização.

No intervalo entre a NOB de 1993 e a NOB de 1996, foi implantado o repasse de recursos fundo a fundo (transferências de recursos Federais para conta do Fundo Estadual de Saúde ou Fundo Municipal de Saúde) um dos mais importantes instrumentos de gestão do SUS – o que regulamenta o repasse automático fundo a fundo – e o que distingue dos demais sistemas públicos (educação, segurança, etc.). Sem este instrumento de repasse automático fundo a fundo seria impossível a implementação do SUS com uma parceria entre iguais das três esferas de governo (União, Estado e Município), somente com os mecanismos convencionais então disponíveis (Conass, 2007a).

Outro instrumento importante criado foi o Sistema Nacional de Auditoria do SUS pela Lei n.º 8.689 de 27 de julho de 1993, para exercer a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, de forma descentralizada e por meio dos seus componentes estaduais, municipais e federais.

A Portaria GM/MS n.º 2203 de 5 de novembro de 2006 cria a Norma Operacional Básica do SUS – NOB-1996 – um dos principais instrumentos estruturantes do SUS, consolidou a política de municipalização estabelecendo o pleno exercício do poder municipal na função de gestor da Saúde. Essa norma operacional instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados.

A Portaria GM/MS n.º 95 de 26 de janeiro de 2001 cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-2001, que instituiu os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos e introduziu a idéia de redes de assistência. Ou seja, “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização na assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e precede os critérios de habilitação de estados e municípios”.

Por último, foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS/02) instituída pela portaria GM/MS n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, que estabelece comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências

intermunicipais, notadamente no que diz respeito à explicitação e mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população referenciada.

Como percebemos, ao longo da implantação do SUS entraves foram surgindo e diversas normas foram editadas no sentido de viabilizar sanar os problemas e buscar caminhos para a efetiva garantia de assistência à saúde conforme preconizado pela constituição cidadã de 1988.

A Portaria GM/MS n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006 normatiza o Pacto pela Saúde em busca da consolidação do SUS no país, um movimento de mudança que não é uma norma operacional, mas um acordo interfederativo articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida deve:

está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O Pacto em Defesa do SUS:

envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

O Pacto de Gestão deve dentre outras finalidades:

estabelecer as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Radicalizar a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reiterar a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

Na 5.<sup>a</sup> Conferência Estadual de Saúde de Roraima (5.<sup>a</sup> CES - RR) de 2007, o pacto pela saúde foi discutido e ficou estabelecido que os governos deveriam:

fortalecer, no Pacto Pela Saúde, as parcerias entre o Estado e Municípios, de modo a não haver descontinuidade das ações por força de mudança político-partidária.

Os Conselhos de Saúde devem fiscalizar o cumprimento do pacto pela vida em todas as esferas de governo.

Assim, percebemos que na evolução política da saúde no Brasil fica garantida a participação da comunidade na definição das políticas públicas de saúde, caracterizando o exercício do controle social sobre estas políticas.

### **2.3. – Conselhos de saúde e participação social**

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados deliberativos permanentes do SUS em cada esfera de governo, integrante de estrutura básica do Ministério de Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competências fixadas na Lei n.º 8.142/90.

O conceito de promoção da saúde surgido na Carta de Ottawa, decorrente da Primeira Conferência de Promoção da Saúde e definido como “o processo que permite às populações exercerem um controle muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la” (OMS, 1986), explicita pela primeira vez, que o processo de saúde deve centrar-se no ser humano que, para alcançar um estado de bem-estar, deve ser capaz de identificar as suas necessidades e adquirir conhecimentos e competências para alterar as suas atitudes e comportamentos com vista a um estilo de vida mais saudável. Desde então, a saúde tem vindo a ser entendida, cada vez mais, como um processo capaz de ser controlado e melhorado através da livre e responsável participação individual/comunitária, ou seja, da implicação dos “indivíduos, famílias e comunidades” (Antunes, 2008).

Torna-se cada vez mais evidente que a saúde deve assumir uma dimensão comunitária congregando indivíduos; comunidades; políticas públicas; parcerias sociais; econômicas e educativas; estruturas de organização e gestão de recursos; etc. Do mesmo modo a capacitação das pessoas e a participação das comunidades passam a ser entendidos como fator axial de promoção da saúde e, conseqüentemente, que a educação é a chave para que a saúde seja um bem acessível a todos, dotando os indivíduos e as comunidades de competências e recursos que lhes permitem controlar e melhorar a sua saúde. Em última análise não há saúde se não há uma política de educação/promoção da saúde que eduque no

sentido de as populações adquirirem saberes, conhecimentos e competências que permitam promover o equilíbrio e o bem-estar (Antunes, 2008).

Ainda que Mattos (2003) não faça referência cronológica, historicamente sabe-se que o Brasil teve um longo período sem nenhuma participação nas decisões sócio-políticas, mais notadamente entre os anos da ditadura que compreende de 1964 com o golpe militar até os anos 1985. As pessoas não possuíam espaços para reivindicação de seus direitos. Esses direitos estavam associados ao poder de influência: para se obter acesso a qualquer bem social era necessário ter uma relação de apadrinhamento com quem estivesse no poder, e então havia a preferência, caso contrário, as portas estavam fechadas.

No Estado de Roraima, este poder de influência fica cada vez mais evidenciado quando ouvimos as falas das pessoas que para se conseguir algum direito ou cargo no Estado é preciso de que se tenha um político forte para indicá-lo. Isto contribui para a submissão das pessoas, pois muitos são colocados para o exercício de cargos pela indicação do político, a quem fica devendo favores, e não pela competência desenvolvida ao longo de sua vida.

Nos anos 70, se observou a extensão das práticas de participação da medicina comunitária presentes na sociedade e nas políticas públicas, porém ainda de forma marginal ao modelo previdenciário hegemônico. A pressão da sociedade organizada e o conflito de projetos alternativos dentro do estado permitiram através dos sucessivos programas de saúde (PIASS, PREV-SAÚDE e outros), que se superasse a proposta de participação tutelada, com a defesa de um modelo de assistência alternativa, que garantisse acesso a todos, saúde integral e participação da sociedade na democratização do estado e das políticas públicas (Neder, 1996).

De acordo com Carvalho (1995), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi criado em 1937 com a função de assistir ao Ministério de Educação e Saúde em suas atribuições e teve sua legislação alterada em 1970, na vigência do regime militar, para ser caracterizado como órgão consultivo. Uma das atribuições do CNS na época era de dar apoio ao Ministério de Educação e Saúde para a realização das Conferências Nacionais de Saúde.

No período de 1930 a 1950 foram realizadas duas Conferências Nacionais de Saúde, cujas ações ainda eram desenvolvidas pelo Ministério da Educação:

- A primeira foi realizada em 1941, convocada pelo então Ministro da Educação, Gustavo Capanema, cumprindo o disposto na Lei n.º 378 de 1937; e
- A segunda foi realizada em 1950, convocada pelo então Ministro da Educação, Pedro Calmon (Conass, 2007b).

Em 1953, foi criado, pelo Presidente da República, Carlos Luz, o Ministério da Saúde, desmembrando-o do Ministério da Educação (Lei n.º 1920 de 25 de julho).

A III Conferência Nacional de Saúde, realizada somente em 1963 teve como temas: a situação sanitária do país; a municipalização e a distribuição dos serviços por nível federal estadual e municipal. Esta foi a última conferência realizada antes do período da ditadura militar instalada no Brasil em 1964.

Após o golpe militar, a IV Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1967, teve pequena participação e limitou-se ao tema dos recursos humanos com ênfase em se identificar o tipo de profissional necessário às demandas de saúde do país.

No ano de 1975 realiza-se a V Conferência Nacional de Saúde, a segunda no regime militar, que explicita e reconhece um modelo dicotômico com dois grandes campos institucionais de ação: o Ministério da Saúde responsável pela “saúde coletiva” e o Ministério da Previdência e Assistência Social voltado para a assistência médica individual, principalmente pela compra e venda de serviços.

A VI Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1977, a terceira na ditadura militar teve uma temática variada e sem harmonia: 1) Extensão dos serviços de Saúde por meio dos serviços básicos; 2) Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal, em matéria de Saúde; 3) Interiorização dos serviços de Saúde; e 4) Política Nacional de Saúde.

Em setembro de 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS) e que “expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da Saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a Saúde de todos os povos do mundo”, formulou a Declaração de Alma-Ata (Conass, 2007b).

A leitura do texto desta Declaração nos mostra como, em 1978, as principais preocupações e prioridades apresentadas na Conferência continuam absolutamente atuais e ainda constituem-se desafios sobre os quais nos debruçamos na gestão do SUS.

A VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1980, foi convocada sob a influência da Conferência de Alma-Ata e teve como tema Extensão das ações de saúde através dos Serviços Básicos. Naquele momento, o governo federal buscava legitimidade no setor Saúde e procurava negociar um pacto de transição política sem grandes traumas: a abertura lenta e gradual.

Na década de 1980, com a realização da VIII CNS, debateu-se a construção de canais de participação da sociedade na gestão das políticas públicas de saúde. Nos

anos 90, inicia-se a implantação dos conselhos de saúde no Brasil, em especial, a partir das Conferências Nacionais de Saúde realizadas em 92 e 96, que aprofundam a discussão sobre as instâncias de controle social no SUS.

A 11.<sup>a</sup> CNS, realizada em dezembro de 2000, teve como tema Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. Relacionou o agravamento da falta de qualidade de vida e saúde da população ao projeto social e econômico do governo Fernando Henrique Cardoso, de rigoroso ajuste fiscal, que privilegiava a lógica econômica em detrimento das políticas sociais. Os participantes propuseram o combate à mercantilização da saúde e a promoção dos valores em defesa da vida. Reafirmaram a necessidade de fortalecer o caráter público das ações e serviços de saúde e a responsabilidade do Estado definida na Constituição Federal, e se colocaram contra a privatização do setor público, através das Agências Executivas e Organizações Sociais. O controle social foi um dos eixos centrais do debate, considerado a peça fundamental para a efetivação do SUS.

O tema da 12.<sup>a</sup> CNS foi Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos o SUS que queremos. Estava prevista para o ano de 2004, mas foi antecipada pelo Ministério da Saúde e pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde para dezembro de 2003, com o objetivo de discutir as propostas que orientariam a formulação do Plano Nacional de Saúde do novo governo, dando legitimidade ao mesmo pela participação social no processo.

Como percebemos, as primeiras conferências foram realizadas com pouca ou quase nenhuma participação da sociedade. A participação social nas conferências emergiu principalmente a partir de 1978 após a Declaração de Alma-Ata e culminaram com a realização da VII CNS de 1986. Nas demais conferências, percebemos o embate contínuo dos movimentos sociais na busca de maior e efetiva participação da sociedade nas decisões das políticas de saúde no Brasil.

Respaldados na Lei Orgânica de Saúde, os Conselhos e Conferências buscam garantir a participação popular mediante a representação paritária de segmentos importantes da sociedade na elaboração da política de saúde e fiscalização dos fundos públicos.

No Brasil, o estudo sobre controle social na saúde tem contribuído para uma compreensão desse fenômeno, às vezes, desvendando suas contradições, os obstáculos para sua efetivação, às vezes, desvelando limites e possibilidades de atuação dos conselhos enquanto órgão formulador e fiscalizador de políticas de saúde. Importante, é que a temática tem despertado a atenção de muitos profissionais de saúde, pesquisadores e estudiosos, contribuindo para o conhecimento da

diversidade de experiências inseridas nos processos de municipalização da saúde e na consolidação do SUS e da reforma sanitária brasileira.

Discorrendo sobre os obstáculos para efetivação do controle social Correia (2006), destaca que:

a efetivação do controle social no campo dos Conselhos é limitada, do lado dos gestores: pela não transparência das informações e da própria gestão, pela manipulação dos dados epidemiológicos, pelo uso de artifícios contábeis no manuseio dos recursos do Fundo de Saúde, pela ingerência política na escolha dos conselheiros, pela manipulação dos conselheiros na aprovação de propostas, e, do lado dos usuários: pela fragilidade política das entidades representadas, pela não organicidade entre representantes e representados, pela não articulação deste segmento na defesa de propostas em termos de um projeto comum, pelo corporativismo de cada conselheiro defendendo os interesses somente de sua entidade, pelo não acesso às informações, pelo desconhecimento sobre seu papel e sobre a realidade da saúde na qual está inserido.

Ainda sobre as dificuldades de efetivação do controle social, Correia (2006), destaca que os entraves para a efetividade do controle social sobre as políticas públicas também estão em nível macro econômico e político, dada a predeterminação das definições em torno dos orçamentos públicos, especialmente, no que tange aos gastos sociais, resultantes das negociações com os organismos financeiros internacionais em torno das bases para o refinanciamento da dívida externa e da contratação de novos empréstimos.

A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação das ações, não mais como estratégia de “incorporação do saber e da experiência popular” ou de “aproximação da comunidade”, mas como forma de garantir o redirecionamento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela apreciação do acesso aos meios de saúde (Carvalho, 1995).

A participação, na perspectiva do controle social, possibilita a população interferir na gestão da saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. O que é público deve estar sobre o controle dos usuários: O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde (Relatório Final da 9ª CNS, 1992).

Com o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS, o Conselho Nacional de Saúde, na resolução n.º 333, de 04 de novembro de 2003, estabelece normas para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Estas normas estão estabelecidas nas seguintes diretrizes:

Primeira diretriz: Da definição de Conselho de Saúde.

Esta diretriz define que o Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e

permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo, integrante de estrutura básica do Ministério de Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competências fixadas na Lei n.º 8.142/90.

Segunda diretriz: da Criação e Reformulação dos Conselhos de Saúde.

Nesta diretriz, fixa-se que a criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na lei nº8142/90 e em seu parágrafo único, reafirma que na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, consubstanciada nas conferências de Saúde.

Terceira diretriz: da organização dos conselhos de saúde.

Nesta diretriz, a participação da sociedade organizada, privilegiada na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviço de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

Quarta Diretriz: da estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde

Nesta diretriz, que os governantes garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa.

Quinta Diretriz: da Competência dos Conselhos de Saúde

Nesta diretriz, fixa-se aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, as competências definidas nas leis federais, bem como, em indicações advindas das Conferências de Saúde.

A 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde realizada em 2004 em seu relatório final afirma a necessidade de:

estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos.

À luz das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (2006, p. 37), pactuadas na reunião da Comissão Intergestores Bipartite -

CIB, do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovadas na reunião do Conselho Nacional de Saúde, de 09 de fevereiro de 2006, as ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer este processo de participação da cidadania na gestão do SUS são as seguintes:

- a. Apoiar os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;
- b. Apoiar o processo de formação dos conselheiros;
- c. Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;
- d. Apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;
- e. Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;
- f. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto.

O Ministério da Saúde estabeleceu em 2008 no eixo da Participação e Controle Social da política de promoção da saúde a seguinte diretriz:

fortalecer a participação e o controle social sobre todas as instâncias e os agentes que fazem parte do SUS, fortalecendo os laços políticos que garantem a sustentabilidade das ações em saúde.

De acordo com Brasil 2008, nesse processo, algumas propostas emanadas das Conferências devem ser destacadas e valorizadas como desafios à consolidação e ao fortalecimento do controle social no SUS:

1. Garantia de efetiva implantação dos Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais, assegurando aos mesmos, infraestrutura e apoio para o seu fortalecimento e pleno funcionamento;
2. Consolidação do caráter deliberativo e fiscalizador dos Conselhos de Saúde, com composição paritária entre usuários e demais segmentos;
3. Reafirmação da participação popular e do controle social na construção do modelo de atenção à saúde, requerendo o envolvimento dos movimentos sociais considerados sujeitos estratégicos para a gestão participativa;
4. Aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão, como serviços de ouvidoria e outros.

Ainda neste documento, para o efeito da diretriz se estabelece as seguintes medidas:

1. Dotar os Conselhos de Saúde de infraestrutura e apoio logístico para exercer seu papel no controle social.
2. Apoiar a educação permanente de agentes e conselheiros para o controle social e a ação participativa.
3. Implantar o Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS.
4. Expandir a divulgação e o uso pela população da Carta de Direitos do Usuário da Saúde e implantar o Portal dos Direitos do Usuário dos Serviços de Saúde.

O quadro 2.1 demonstra o planejamento financeiro do Ministério da Saúde para o efeito da diretriz e das medidas recomendadas acima:

Quadro 2.1.

*Demonstrativo de recursos financeiros em reais do Ministério da Saúde para Participação e Controle Social de 2008 – 2011 (Ministério da Saúde 2008)*

Medidas	Recursos 2008/2011			Recursos Expansão			
	Total	Assegurado (PPA)	Expansão	2008	2009	2010	2011
Dotar os Conselhos de saúde de infraestrutura e apoio logístico para exercer seu papel no controle social.	28.000.000	28.000.000	----	----	----	---	---
Apoiar a educação permanente de agentes e conselheiros para o controle social e a ação participativa.	107.260.870	1004.000.000	3.260.870	543.478	679.348	815.217	1.222.826
Implantar o Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS	159.840.000	135.000.000	24.840.000	5.382.903	5.899.124	6.466.051	7.091.921
Expandir a divulgação e o uso pela população da Carta de Direitos do Usuário da Saúde e implantar o Portal dos Direitos do Usuário dos Serviços de Saúde.	1.350.000	-----	1.350.000	625.739	219.380	240.901	263.980
Total	296.450.870	267.000.000	29.450.870	6.552.121	6.797.852	7.522.170	8.578.727

O quadro 2.1. nos revela que o valor total para financiamento do eixo participação e controle social para cumprir as 4 medidas é de 296 milhões de reais, sendo que 267 milhões de reais já estavam garantidos em 2008 no Plano Plurianual e que o planejamento ainda projetava 29 milhões de reais em expansão até 2011.

Percebemos, portanto que há recursos financeiros para o fortalecimento dos Conselhos de saúde com vistas ao fortalecimento da participação da comunidade e do controle social.

Com a participação da comunidade na gestão do SUS estabelece-se uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde deverá ser amplamente discutido com os representantes da sociedade, uma vez que eles são quem melhor conhecem a realidade de saúde das comunidades. Por isso ela é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia.

Mas, embora esteja prevista na Lei, a participação social é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos e, por isso, muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos.

#### 2.4. – Educação permanente em saúde e Conselhos de Saúde

Segundo Paulo Freire (2005), educar:

“... é construir, é libertar o homem do determinismo, passando a reconhecer o papel da História e onde a questão da identidade cultural, tanto em sua dimensão individual, como em relação à classe dos educandos, é essencial à prática pedagógica proposta. Sem respeitar essa identidade, sem autonomia, sem levar em conta as experiências vividas pelos educandos antes de chegar à escola, o processo será inoperante, somente meras palavras despidas de significação real.”

Oliveira (1999, p. 235) afirma:

“A idéia de que a educação é um processo permanente e que a aprendizagem dura a vida inteira é fruto não só da evolução histórica do pensamento sobre a educação, como também da necessidade de uma educação contínua que atenda às situações de mudança e ainda possibilite a maturação do indivíduo.”

Paulo Freire (2001), afirma que:

“A educação é permanente não porque certa linha ideológica ou certa posição política ou certo interesse econômico o exijam. A educação é permanente na razão, de um lado, da finitude do ser humano, de outro, da consciência que ele tem de sua finitude. Mais ainda, pelo fato de, ao longo da história, ter incorporado à sua natureza “não apenas saber que vivia, mas saber que sabia e, assim, saber que podia saber mais. A educação e a formação permanente se fundam aí.”

A educação não se restringe a mera transmissão de cultura, mas necessita estabelecer seu alicerce nesta cultura, abarcando as transformações decorrentes na sociedade, nos aspectos sociais, econômicos e políticos. Tais mudanças, decorrentes

da evolução e desenvolvimento da sociedade, apresentam-se como influência direta na educação.

Para Freire (2005) a educação necessita se tornar acessível às camadas populares. Porém, a educação cumprirá caráter político e social na medida em que possa criar o espaço de discussão e problematização da realidade, com vistas à educação consciente, voltada para o exercício da cidadania por sujeitos comprometidos com a transformação da realidade. Neste sentido, entendemos a participação dos conselheiros de saúde um ato de extrema cidadania, pois os mesmos participam da elaboração das políticas de saúde e sua localidade, buscando a transformação da realidade para uma melhor assistência de saúde e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida para as pessoas que representam no conselho. Este pensamento de extrema cidadania se reforça, quando observamos que as atividades dos conselheiros são desenvolvidas sem que os mesmos recebam alguma remuneração.

Todo indivíduo está envolto num processo educativo, seja onde for e em qual circunstância se encontrar, evidenciando que a educação permanente encontra-se não apenas na educação formal, mas também nos mais diversos espaços da educação não-formal. Assim, torna-se imprescindível conscientizar-se da importância de todas as possibilidades de ensino e aprendizagem, como também da realidade apresentada.

Nesse contexto, Paulo Freire (2005) salienta que a educação precisa voltar-se para a realidade e, principalmente transformá-la, sendo necessário reinventar a própria a educação. Freire propõe ainda, que a relação entre o educador e o sujeito da aprendizagem deve ser horizontal e se dar por meio do “diálogo amoroso”, da vivência de ambos, compartilhando seus problemas e sua linguagem. Essas situações seriam trabalhadas por meio da problematização da realidade, com o objetivo de criar conscientização. Essa conscientização levaria a ações político-sociais visando à “libertação de todos os homens da opressão”.

De acordo com Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) 2005, a Política de Educação Permanente do SUS trabalha fundamentalmente com a metodologia da problematização. Essa metodologia tem sido amplamente utilizada e difundida no setor da saúde porque prioriza a reflexão e a transformação da realidade social, sinalizando hipóteses de solução para os vários problemas levantados. Ela está pautada na teoria educacional de Paulo Freire, segundo a qual o indivíduo é considerado possuidor de uma “vocação para sujeito da história e não para objeto” dela, de forma que, por meio da educação, pode-se chegar à solução de problemas e à mudança da realidade posta.

Neste sentido, cabe ressaltar a luta de implantação da política de educação permanente para conselheiros dos Conselhos de Saúde, órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo que são constituídos por membros da comunidade, que muitas das vezes não possui o conhecimento das políticas públicas vigente no país. Desta forma, o Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, estabeleceu uma política para capacitação e qualificação dos referidos representante destes conselhos (Brasil, 2008).

O Conselho Nacional de Saúde, em 1999, discutiu e deliberou pela formulação de diretrizes gerais para a capacitação de Conselheiros de Saúde. O documento foi, então, elaborado com a participação de representantes do Programa de Educação em Saúde, da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, de universidades, de organizações não governamentais, de trabalhadores, das Secretarias de Saúde e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde que possuíam experiências em atividades de capacitação e teve como título “Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde”.

Em 2005, o Conselho Nacional de Saúde realizou a atualização do documento na perspectiva de educação permanente para o controle social no SUS. Para efeito dessas diretrizes, considera-se educação permanente para o controle social no SUS, os processos formais de transmissão e construção de conhecimentos por meio de encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e o uso de metodologias de educação à distância, bem como os demais processos participativos e fóruns de debates – Conferências de Saúde, Plenárias de Conselhos de Saúde, encontros de conselheiros, seminários, oficinas, dentre outros. Ressalta-se que a capacitação de Conselheiros de Saúde está incluída nessa proposta mais ampla de educação permanente para o controle social no SUS. Assim, a educação permanente trata da aprendizagem que se processa no ritmo das diferenças sociais, culturais e religiosas dos sujeitos sociais. Considera as necessidades sentidas, as condições e as oportunidades dos sujeitos sociais de absorver e refletir sobre o conhecimento ao longo da vida, requerendo um tempo adequado e diferenciados momentos.

Deliberar acerca das políticas de saúde é uma grande conquista da sociedade. Garantir a implementação das deliberações é uma disputa permanente em defesa do SUS. É por isso que as promoções do conhecimento sobre a saúde no País e o papel dos Conselhos de Saúde implicam no fortalecimento do SUS.

A formação, capacitação e qualificação dos conselheiros de saúde são temas recorrentes nos debates realizados nas instâncias de controle social, ou seja, nos conselhos de saúde e nas conferências de saúde. Ampliar e qualificar a participação da comunidade na formulação, gestão e controle social das políticas públicas de

saúde. Esse é o objetivo principal da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. (Brasil, 2006).

Os cinco eixos estruturantes da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde expressam aspectos prioritários para elaboração dos planos de ação dos conselhos de saúde e têm a finalidade de atualização e aperfeiçoamento dos conhecimentos dos sujeitos sociais para o envolvimento da sociedade com o Sistema Único de Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), no eixo 1 da participação social, a sociedade construiu o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) com os conselhos e conferências de saúde, definindo espaços de participação social na formulação e deliberação da Política Pública de Saúde. Desta forma, os conselhos de saúde têm atribuições legais e específicas de controle social. A sua responsabilidade é de contribuir para a formação de conselheiros comprometidos com a construção da política de saúde, baseada nos direitos à cidadania de toda a população, em defesa da vida e da saúde, com acesso universal, integral e igualitário.

No eixo 2, do financiamento da Participação e do Controle Social, a dotação orçamentária para o fortalecimento da participação e do controle social deve prever recursos financeiros que garantam a estrutura e o funcionamento dos conselhos de saúde – espaço físico, recurso financeiro e pessoal – a realização de conferências de saúde, plenárias de conselhos, deslocamento de conselheiros, equipe técnica, produção de materiais de divulgação, entre outras ações de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) e mobilização social (Brasil, 2006).

Ainda de acordo com Brasil (2006), a Participação Social no SUS como uma diretriz constitucional e descrita nas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90 é parte fundamental do pacto de gestão em defesa do SUS, que descreve como ações o seguinte:

- a) “Apoiar os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente seus papéis;
- b) Apoiar o processo de formação de conselheiros;
- c) Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;
- d) Apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no Sistema Único de Saúde - SUS;
- e) Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do Sistema Único de Saúde - SUS;

f) “Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do Sistema Único de Saúde - SUS na discussão do pacto”.

No eixo 3, da intersetorialidade, recomenda-se a formação de uma consciência sanitária que deve considerar a compreensão ampliada de saúde e uma articulação intersetorial com todas as áreas das políticas públicas e sociais.

A construção do plano de saúde é uma ação de educação permanente. O plano de saúde correspondente deve ser elaborado considerando ações e metas com caráter intersetorial, que envolvem outras áreas de políticas públicas com vistas à promoção da saúde e à integralidade na assistência.

O tema saúde deve ser desenvolvido junto às instituições de ensino com o envolvimento de alunos e professores. O conhecimento sobre o SUS na área de Educação constitui investimentos na melhoria das ações e dos serviços de saúde.

No eixo 4, da informação e comunicação em saúde, o processo de Educação Permanente para o Controle Social no SUS deve contemplar a informação e comunicação em saúde para o exercício do controle social. Estratégias como comissões de comunicação e informação dos Conselhos de Saúde podem garantir a qualidade das informações na participação e controle social.

Para fortalecer a atuação dos conselheiros de saúde e demais sujeitos sociais nos espaços de controle social, são necessários investimentos nas áreas de comunicação e informação em saúde. Nesse sentido, recomenda-se instituir redes interativas de comunicação entre os conselhos de saúde.

As estratégias de comunicação e informação devem conter linguagens adequadas, incluindo acessibilidade às pessoas com deficiência, conteúdo de interesse para a sociedade local e o uso tanto de meios convencionais, regionais e populares – como o rádio e impressos, que possibilitam o amplo acesso – quanto modernos, como a internet.

Além disso, é preciso promover iniciativas de comunicação e informação descentralizadas e organizadas em rede para divulgar experiências locais, fortalecer a participação e controle social, e incentivar os cidadãos a cumprirem seus deveres, cobrarem seus direitos e as responsabilidades dos trabalhadores, gestores e prestadores de serviços de saúde (Brasil, 2006).

No eixo 5, da legislação do SUS, os avanços e as conquistas na área da Saúde estão garantidos em lei. O conhecimento da legislação e das normas do SUS contribui e permite à sociedade apoderar-se das informações que garantem seus direitos e deveres. A utilização da legislação pela sociedade estabelece avanços e aperfeiçoamentos do SUS.

A Resolução de n.º 333 do CNS, visando dar transparência e legalidade para ação dos conselheiros de saúde, relaciona competências e prioridades quanto à educação e promoção da saúde nos incisos abaixo relacionados:

XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, data e local das reuniões.

XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos de 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.

Desta forma, percebe-se claramente que a educação permanente de conselheiros e demais atores envolvidos na formulação e execução das políticas públicas de saúde do Brasil, é tida como um dos pilares fundamentais para que se promova o fortalecimento do controle social no SUS.

#### 2.4.1. – Educação permanente em Conselhos de Saúde no Brasil

No Brasil, estudos mostram que é longa a luta dos cidadãos em busca de participação nas decisões das políticas públicas de saúde. Citaremos exemplos destes marcos históricos em quatro Estados Brasileiros que ao nosso olhar estão avançados com relação aos demais Estados da Federação.

No Estado de São Paulo, em meados da década de 70 foi criada a Comissão de Saúde da região do Jardim Nordeste (zona leste da cidade de São Paulo), que também foi responsável pela organização geral do Movimento de Saúde na região e pela disseminação em outros grupos comunitários da cidade desse tipo de discussão e atuação em torno da questão da cidadania e saúde. Sem dúvida, o Movimento de Saúde da Zona Leste (MSZL) tornou-se uma referência na área da participação

popular em saúde e cumpriu um papel fundamental na criação e consolidação dos espaços institucionais de participação, que foram estabelecidos constitucionalmente em 1988 (Bógus *et al.*, 2003).

A educação de conselheiros foi uma das ferramentas do MSZL na busca da consolidação da participação da comunidade nas decisões das políticas de saúde pública do Estado de São Paulo, percebemos isto, quando analisamos o projeto dos Cursos de Formação Política dos Conselheiros de Saúde do MSZL que tinha como objetivo geral a capacitação dos participantes dos conselhos de saúde, através de cursos, procurando garantir: (1) a efetiva participação dos conselhos na condução dos programas de saúde; (2) que os conselhos tivessem acesso às informações essenciais à sua função, para que os mesmos pudessem, efetivamente, participar da tomada de decisões nas unidades de saúde; (3) que os conselhos fossem agentes de conscientização da população a partir dos problemas de saúde, buscando organizá-la para o desenvolvimento da sociedade; (4) que, à prestação de serviços de saúde, se integrassem ações educativas. Além disso, (5) pretendia-se formar multiplicadores para futuros treinamentos (Bógus *et al.*, 2003).

Para Batista (2010), a Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde é apresentada em vários momentos e as ações referentes à sua implementação são, inclusive, contempladas no Pacto pela Saúde. Os objetivos, estratégias de implantação e eixos estruturantes são evidenciados no Pacto de Gestão, fundamentados pela Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS.

Em relato de experiência, Batista (2010) descreve que no Município de Londrina/PR, concomitante aos marcos legais que estruturaram a participação da comunidade no SUS, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) na figura de alguns conselheiros, trabalhadores em saúde e segmentos da academia já apostavam na estratégia de educação permanente para conselheiros de saúde, identificando nessa proposta a possibilidade de qualificar e fortalecer o controle social no município, desde os níveis locais, e mais, de (re)significar a participação popular na construção do SUS.

De acordo com o Conselho de Saúde Municipal de Fortaleza do Ceará (CMSF, 2010) o processo formativo dos conselheiros, conselheiras e outros (as) atores e atrizes sociais para a qualificação e fortalecimento do controle social na saúde do município de Fortaleza estará pautado na problematização do cotidiano em que os mesmos estão inseridos, tendo como principais referências a Educação Popular e a Política de Educação Permanente em Saúde. Desta forma, percebemos que o processo formativo de conselheiros municipais do Ceará, está em sintonia com a

pedagogia de Paulo Freire, que prega uma educação problematizadora com elementos da própria realidade.

Observamos assim, no Estado do Ceará, uma forte sinalização em defesa da educação permanente para conselheiros de saúde, quando analisamos a versão do subprojeto I: Mobilização dos Colegiados de Educadores para organização do processo de capacitação de conselheiros e lideranças, para iniciar a execução do processo de educação permanente no âmbito do controle social, conforme a disposição política da gestão do município de Fortaleza.

O subprojeto proposto pelo conselho de saúde de Fortaleza tem por base, o documento “Diretrizes Nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS” do GT de Capacitação de Conselheiros do Conselho Nacional de Saúde, aprovado na plenária do Conselho Nacional de Saúde em setembro de 2005, e o processo formativo visa:

- Oferecer ferramentas para os conselheiros de saúde no exercício de sua competência legal, disponibilizando informações, saberes e conhecimentos necessários à efetividade do controle social do SUS, bem como a garantia e a ampliação de seus direitos.
- Discutir as diretrizes e os princípios que definem o modelo assistencial do SUS, as metas a serem alcançadas e os obstáculos reais que dificultam a sua efetivação.
- Fortalecer a atuação dos Conselheiros (as) de Saúde e de outros (as) atores e atrizes sociais como elementos catalisadores da participação da comunidade no processo de implementação do Sistema Único de Saúde.
- Propiciar aos Conselheiros (as) de Saúde e outros (as) atores e atrizes sociais a compreensão do espaço dos Conselhos como *locus* de manifestação de interesses plurais freqüentemente conflitivos e negociáveis, tendo como horizonte as políticas públicas e de saúde congruentes com os princípios do SUS.
- Desenvolver estratégias que promovam o intercâmbio de experiências entre os Conselhos e os movimentos e práticas populares potencializando a articulação com suas bases e ampliação do conhecimento sobre os seus territórios.
- Contribuir para a formação de uma consciência sanitária que considere a compreensão ampliada de saúde e contemple sua articulação intersectorial com outras áreas das políticas públicas.
- Contribuir para uma compreensão de saúde que contemple as singularidades locais, regionais, étnicas, de gênero, raça, classe, culturais, bem como as diversas dimensões da subjetividade humana tais como a espiritualidade, afetividade, criatividade, entre outras.
- Contribuir para a estruturação e articulação de canais permanentes de informações sobre os instrumentos legais (leis, normas, regras, decretos e outros documentos presentes na institucionalização do SUS), alimentados pelos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, Entidades Governamentais e Não-Governamentais.

O Conselho Estadual de Mato Grosso através da Resolução n.º 16/07, publicada no Diário Oficial do dia 10 de maio de 2007 criou em caráter permanente, no âmbito do Conselho Estadual de Saúde, a Comissão Especial de Educação Permanente de Conselheiros e agente com a competência de:

- I - Planejar, coordenar, orientar e promover o funcionamento da Política de Educação Permanente de Conselheiros e Agentes Sociais;
- II - Revisar e propor ao Conselho Estadual de Saúde a reorientação da Política de Educação Permanente de Conselheiros e Agentes Sociais quando julgar necessário;
- III – Propor a elaboração do diagnóstico da situação do controle social no Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso;
- IV – Propor a metodologia e elaboração de normas técnicas relativas ao funcionamento da Política de Educação Permanente de Conselheiros em consonância com as diretrizes Nacional e Estadual aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

De acordo com o Conselho, esta Comissão é constituída por Conselheiros do próprio conselho com um avanço significativo no sentido da abertura para convidar instituições, autoridades públicas, cientistas e técnicos para colaborar em estudos de interesse da comissão.

A Resolução n.º 33/07 do mesmo Conselho, aprova o Regimento Interno da Comissão Especial de Educação Permanente de Conselheiros de Saúde e Agentes Sociais, ou seja, disponibiliza as ferramentas legais necessárias para o funcionamento da comissão.

Desta forma, percebe-se claramente que a política de educação permanente está sendo desenvolvida em outras unidades da federação como estratégia de fortalecimento para o controle social no SUS. Estão sendo construídas ferramentas legais, como portarias, resoluções, regimentos internos, no sentido de implantar, desenvolver e fortalecer as diretrizes nacionais para a educação permanente de conselheiros de saúde.

## **2.5. – Características do Estado de Roraima**

Roraima é um estado federado criado pelo Artigo 14 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Brasileira de 1988. Possui uma área de 225.116,1 km<sup>2</sup>, limitando-se ao norte com a República da Venezuela e Guiana; ao sul com os Estados do Amazonas e Pará; ao leste com a República Cooperativista da Guiana; ao oeste com o Estado do Amazonas e com a República da Venezuela. O total de fronteiras internacionais é de 1922 km (Nascimento et al, 2003).

No senso de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (I.B.G.E.) a população do estado era de 450.479 habitantes. Desta população, 41.425 são indígenas que residem na área rural e 8.212 que residem na área urbana do Estado.

A capital do estado é Boa Vista, a única capital Brasileira localizada no

hemisfério Norte. Roraima possui quinze municípios, a saber: Alto Alegre, Amajari, Boa Vista, Bomfim, Cantá, Caracarái, Caroebe, Iracema, Mucajái, Normandia, Pacaraima, Rorainópolis, São João da Baliza, São Luiz e Uiramutã (Freitas, 2000).

A agricultura, a pecuária e as atividades ligadas ao extrativismo mineral e vegetal, aliadas ao grande e maior empregador, o Estado, constituem a base da economia do estado de Roraima (Freitas, 2000).

No ano de 2008, foi editada a Lei 11.732 (em 30 de junho), que cria a zona de processamento de exportação e área de livre comércio no Estado, o que promete ser uma iniciativa positiva para o desenvolvimento da economia local, com incentivos fiscais para desenvolvimento de parque industrial no Estado. A medida pode a médio e longo prazo, desmistificar a frase popular que Roraima é um Estado da economia do contracheque, ou seja, uma economia baseada nos proventos do funcionalismo público do Estado.

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) foi responsável pela gestão da saúde Indígena até o ano de 2011. As ações de assistência à saúde realizada pela FUNASA eram contratadas de Organizações Não Governamentais (ONGS), como o conselho Indígena de Roraima (CIR), a URIHI – palavra do dialeto Yanomami que significa universo - e a Diocese de Roraima – Organização da Igreja Católica (Santos *et al.*, 2003).

No ano de 2010, as ações de saúde indígena no país passam a ser gerenciadas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena. As ações de saúde serão agora gerenciadas através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Em Roraima, existem dois DSEIs: o Leste e o Yanomami.

As ações de saúde de média e alta complexidade são desenvolvidas na rede de saúde existente no Estado que é composta de um hospital geral (HGR), aonde se atende a todas as especialidades médicas, um pronto socorro (Francisco Elesbão) para atender todas as emergências do Estado, um pronto atendimento (Airton Rocha) aonde se realiza os atendimentos ambulatoriais de situações não emergenciais e acompanhamentos de pacientes para seguimento do HGR, um hospital materno infantil, um hospital ambulatorial de referência para todas as especialidades, uma policlínica, que atende pequenas emergências e ambulatórios. Cada município possui uma unidade mista de saúde, mantida pelo Estado que atende os casos de menor complexidade e os demais são referenciados para atendimento na Capital. Como percebemos, a estrutura de saúde é pequena para atendimento da saúde de todo o Estado, o que não passa despercebida por uma boa parte dos usuários de serviços do SUS no Estado.

A atenção básica de saúde é responsável pelas ações de controle da

tuberculose, da hanseníase, de acompanhamento ao pré-natal e do atendimento as doenças crônico-degenerativas, sendo de responsabilidade dos Municípios. O Estado, através da Coordenação da Atenção Básica, acompanha e dá suporte técnico para o desenvolvimento das ações.

A partir de 1994, o Estado passou a implantar a rede de estratégia de saúde da família do Ministério da Saúde em todos os Municípios. No ano de 2010, o Município de Boa Vista, por exemplo, que acomoda a maior parte da população do Estado, tinha em média 70% de sua população atendida pela referida estratégia.

Em 1998, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde Indígena (PSI), uma espécie de programa de saúde da família aplicada às populações indígenas que vivem na zona rural em comunidades próximas de núcleos urbanos de não índios. As demais populações indígenas localizadas em regiões de difícil acesso são atendidas por ONGS nacionais e internacionais vinculadas a FUNASA.

#### 2.5.1. – Caracterização do Conselho Estadual de Saúde de Roraima

O Conselho Estadual de Saúde (CES) foi criado pela Lei Estadual n.º 017 de 25 de junho 1992 e modificado pela Lei n.º 079 de 12 de setembro de 1994, tem sede própria em anexo da Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, é constituído por representantes de 20 instituições, das quais 50% das vagas são de representantes de entidades de usuários do SUS, 25% de entidades de profissionais de saúde e 25% de prestadores de serviço público e privado.

As reuniões ordinárias do CES são realizadas mensalmente, e quando necessário os conselheiros se reúnem de forma extraordinária. O Conselho Estadual de Saúde é um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo e fiscal das ações da saúde no Estado de Roraima. Sua composição, atribuições e competências seguem em conformidade ao que rege a Lei n.º 8.142/90 e Lei n.º 8.080/90.

Todas as decisões do CES são deliberadas pelo seu pleno e devem ser homologadas pelo poder executivo. Os assuntos que constarem em pauta do dia que não tiverem consenso pelos conselheiros, devem ficar automaticamente agendados para a próxima reunião, para então ser rediscutido e obter um parecer final dos conselheiros.

De acordo com o regimento interno, todas as reuniões só deverão ser iniciadas após a verificação de quórum, que deve ser de maioria absoluta, ou seja, cinquenta

por cento mais um dos representantes do conselho. Todas as decisões do conselho devem ser lavradas em atas e registradas em livro próprio para este fim.

O decreto n.º 10.352-E de 11 de agosto de 2009 que define o Organograma da Estrutura Organizacional da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima coloca o conselho ligado diretamente ao Secretário de Saúde do Estado, demonstrando a importância do Conselho Estadual de saúde de Roraima nas decisões da Secretaria de Estado da Saúde.

O relatório final da 5.<sup>a</sup> Conferência Estadual de Saúde de Roraima (5.<sup>a</sup> CES-RR) realizada de 2 a 4 de outubro de 2007, demonstra que o Conselho tem realizado o exercício do controle social, ainda que de forma pacata. De acordo com o relatório, a 5.<sup>a</sup> CES-RR foi:

fruto de um rico processo de construção democrática, de um momento de reflexão, balanço e debates sobre os avanços e entraves desses 17 anos de efetivação do SUS.

Ainda com relação à 5.<sup>a</sup> CES-RR de 2007, destacou-se que a mesma podia ser considerada um marco histórico do controle social do SUS no Estado de Roraima, visto que, pela primeira vez, todos os 15 municípios realizaram suas conferências. Além disso, a metodologia de trabalho adotada na 5.<sup>a</sup> CES-RR permitiu a participação ampla da sociedade, já que foi realizada em um local de fácil acesso, com entrada franqueada a todos os cidadãos. Outro fator foi a escolha de um local onde os portadores de necessidades especiais tivessem acesso garantido. Nesta Conferência destaca-se também a participação efetiva do Conselho Estadual de Saúde de Roraima, como organizador do evento.

A 5.<sup>a</sup> CES-RR de 2007 teve como tema: “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”. Os eixos temáticos para discussão do tema foram:

1 - “Desafios para efetivação do direito humano à saúde no século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento”.

2 - “ Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na seguridade social e o pacto pela saúde” e

3 - “ A participação da sociedade na efetivação do direito à saúde”.

Nesta conferência, o autor deste trabalho participou ativamente deste processo de amadurecimento da democracia no Estado, participando dos debates propostos na conferência e dando sugestões para efetivação do controle social no Estado de Roraima, tendo como alicerce principal a educação permanente de conselheiros de saúde

### **3. – METODOLOGIA**

#### **3.1. – Introdução**

No capítulo 3 apresenta-se a metodologia da investigação utilizada no sentido de atingir os objetivos propostos no capítulo 1. Desta forma, após uma descrição sucinta da estrutura do capítulo (3.1.), faz-se uma breve caracterização geral do estudo (3.2.), a caracterização do desenho de investigação (3.2.1), são abordadas as condicionantes que conduziram à seleção da amostra estudada e a sua caracterização (3.3). No sub-capítulo seguinte (3.4.), apresentam-se as técnicas de recolha de informação, validação do questionário (3.4.1), tabela de recolha de documentos produzidos pelo conselho, (3.4.2) é explicado de uma forma sucinta o percurso/trilho efetuado (3.5) e por fim, procede-se à descrição da etapa de análise e tratamento de dados.

#### **3.2. – Caracterização geral do estudo**

Tobar *et al.* (2001, pp. 68-71) definem pesquisa exploratória, “aquela realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado”. Pela natureza de sondagem, não parte de hipóteses. Estas poderão surgir como produto final da pesquisa. Define ainda, que pesquisa de campo “é aquela realizada no lugar onde ocorre um fenômeno e dispõe-se de elementos para explicá-lo”.

Este estudo será desenvolvido através de pesquisa exploratória de campo, referente ao período de 2008 a 2010, com aplicação de questionário, e coleta em arquivos do Conselho Estadual de Saúde de documentos produzidos, registros de reuniões e procedimentos do Conselho de Saúde do Estado de Roraima. Optou-se também pela coleta de dados em documentos produzidos pelo Conselho pelo fato de os dados poderem ser comparados com as respostas obtidas com a aplicação do questionário, e assim, fornecer ao pesquisador dados mais fidedignos para a análise em causa.

### 3.2.1. – Caracterização do desenho de investigação

Com o objetivo de conceber um projeto de intervenção para fortalecimento do controle social e de educação permanente para saúde para o Conselho Estadual de Saúde, e conseqüentemente para seus conselheiros, procurou-se identificar de que forma o Conselho e seus conselheiros estavam desenvolvendo a educação permanente em saúde e o controle social em saúde e se esta política estava em consonância com a legislação em vigência no país.

Para a realização do estudo foi realizada uma pesquisa documental no Conselho de Saúde e aplicado um questionário (descritos no item 3.4 deste trabalho) aos conselheiros efetivos do conselho estadual de saúde no período estudado.

Foi pedida autorização para a realização do estudo ao Presidente do Conselho Estadual de Saúde (anexo - 1) e salvaguardaram-se as questões éticas do estudo.

Para a elaboração do questionário, foi construído um quadro (Quadro 3.1), aonde continha as categorias, subcategorias, objetivos, questões norteadoras e Autores/diplomas normativos que davam sustentação científica para a construção do questionário.

Os questionários dos conselheiros de saúde foram entregues pelo pesquisador no primeiro trimestre de 2011, juntamente com cópias do pedido de autorização feito ao presidente do conselho de saúde autorizando a participação dos conselheiros no estudo. O recolhimento dos questionários deu-se no final do mês de maio de 2011.

O questionário utilizado no estudo foi validado mediante avaliação de um painel de juízes. Foram enviados a três especialistas na área das Ciências da Educação, pedindo-lhes a sua colaboração neste processo de validação, indicando para isso as alterações que considerassem necessárias e oportunas. Depois de recolhidos os comentários dos especialistas, procedeu-se às alterações sugeridas. Posteriormente os questionários foram avaliados por professores de português do ensino médio, no sentido de aferir pormenores de linguagem e compreensão.

### **3.3. – População e Amostra**

Uma vez que se pretendeu estudar a totalidade da população, isto é, todos os conselheiros efetivos no conselho de 2008 a 2010, a amostra deste estudo é igual à população. O número total de conselheiros efetivos no período estudado era de 20

conselheiros, sendo que destes 14 participaram do estudo, dado que este número representa o total de conselheiros que não foram excluídos pelas questões de limitações do estudo.

O estudo teve como critério de inclusão, a exigência de que todos os conselheiros fossem titulares e como critérios de exclusão, a formalidade de que o Conselheiro não fosse o titular, ou seja, ser conselheiro suplente, pois estes só participam das atividades principais do conselho, no caso de impedimento de algum titular de acordo com a resolução nº. 333 do CNS. Definiu-se como variável dependente a frequência com que o conselheiro participou das reuniões e das atividades de educação realizadas pelo conselho. Como variáveis independentes o gênero, o segmento e a idade dos conselheiros.

### **3.4. – Técnica de recolha de informação**

Foi elaborado um documento (Anexo - 1) destinado ao presidente do Conselho de Saúde do Estado, solicitando autorização para se ter acesso á documentos como atas, ofícios, normativas do Conselho Estadual de Saúde e aplicação junto aos conselheiros titulares, de um questionário (Anexo - 3), contendo questões abertas e fechadas, agrupadas, de forma que pudéssemos investigar e avaliarmos dados referentes a: organização, o funcionamento, os instrumentos de planejamento e gestão, o Fundo Estadual de saúde, discussão e aprovação de documentos produzidos, perfil dos conselheiros de saúde e a política de educação permanente realizada pelo conselho.

Relativamente à pesquisa documental, foi elaborado um quadro de recolha de dados (descrito no item 3.4.2) em documentos produzidos pelo Conselho no período estudado.

O questionário foi aplicado diretamente pelo pesquisador aos conselheiros titulares, ou seja, 100% dos conselheiros que exerceram suas funções na gestão do período equivalente ao estudo. Espera-se que, com a aplicação desse instrumento, possamos conhecer a atuação do Conselho de Saúde frente ao efetivo exercício do controle social, a política de educação permanente praticada pelo Conselho no Estado e o perfil dos conselheiros que estão atuando no referido período.

### 3.4.1. – Construção e Validação do Questionário

Os questionários constituem uma forma objetiva de recolha de informação acerca dos conhecimentos, atitudes e comportamentos das pessoas (Costa, 2006).

O questionário foi uma das técnicas de recolha de informação selecionada, na medida em que possibilita o acesso relativamente amplo no espaço e no tempo, comparativamente a outras técnicas de recolha de informação, tais como a entrevista e a observação, apesar do questionário não permitir interação, de forma a clarificar perguntas e respostas (Costa, 2006).

A autoria do questionário utilizado neste estudo é do investigador, que se baseou em informação recolhida de artigos publicados acerca da problemática em questão. A razão pela qual se optou pela construção do questionário em vez de se utilizarem outros que já tivessem sido previamente validados prende-se com o fato de não existirem, até à data, questionários publicados que se adequassem à população de conselheiros a ser estudada, nomeadamente no que diz a atuação de conselhos de saúde no Brasil e no Estado de Roraima frente ao desempenho do controle social e da educação permanente de saúde para conselheiros de saúde. O questionário utilizado no estudo e a sua descrição são apresentados em seguida.

Para a elaboração do questionário, foi construído um quadro (Quadro 3.1), que continha as categorias, subcategorias, objetivos, questões norteadoras e Autores/diplomas normativos que davam sustentação científica para a construção do questionário.

Quadro 3.1.

*Inventário de Questões do questionário para aplicação aos Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde de Roraima*

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	OBJETIVOS	QUESTÕES	Autores/diplomas normativos
<b>Determinação do Perfil sócio-econômico.</b>	1. Dados pessoais e Perfil sócio econômico dos conselheiros	1. Conhecer o perfil sócio econômico dos conselheiros .	1. Identificação. 1.1. Sexo, 1.2. Idade, 1.3. Etnia, 1.4. Estado Civil, 1.5. Estudo e Nível de escolaridade 1.6. Situação empregatícia	Freitas, 2002

<p>Nível de organização do conselho</p>	<p>Dados de estruturação e funcionamento do conselho</p>	<p>Descrever a dinâmica de funcionamento e da organização do Conselho</p>	<p>2. Organização e funcionamento do conselho                  2.1. O conselho tem secretaria executiva?                  2.2. O Conselho possui Regimento Interno?                  2.3. O Conselho tem dotação orçamentária própria?                  2.4. Com que frequência você participou das reuniões do Conselho?                  2.5. Como são convocadas as reuniões do conselho?                  2.6. Quem define os assuntos das reuniões dos conselheiros?                  2.7. As reuniões são divulgadas para a população?                  2.8. As reuniões do conselho eram abertas ao Público?                  2.9. Qual segmento você representa no Conselho?                  2.10. O segmento que representou sabe que você é conselheiro?                  2.11. Como você foi eleito conselheiro?                  2.12. As decisões votadas nas reuniões eram homologadas pelo poder executivo?</p>	<p>Resolução nº 333/2004 do Conass.</p>
<p>Nível de participação dos conselheiros</p>	<p>Dados de participação dos conselheiros</p>	<p>Conhecer a participação dos conselheiros na elaboração, fiscalização e decisões nas políticas de saúde do estado</p>	<p>3. Participação dos conselheiros                  3.1. Você tem conhecimento do Fundo Estadual de Saúde?                  3.2. Com que frequência você participou das reuniões do Conselho?                  3.3. Você conhecia a agenda de saúde de seu Estado?                  3.4. Estado?                  3.5. Você já analisou a prestação de contas da Secretaria de Saúde do seu Estado?                  3.6. Você conhecia o Plano Estadual de Saúde?                  3.7. Você, enquanto conselheiro, acompanhou a fiscalização dos serviços de saúde local?                  3.8. Você tinha conhecimento do seu papel como Conselheiro?                  3.9. Você tem conhecimento se o estado realizou Conferência Estadual de Saúde?</p>	<p>Resolução nº 333/2004 do Conass</p>

Determinação da política de educação permanente para conselheiros	Dados da política de educação permanente para conselheiros	Conhecer a política de educação permanente para os conselheiros de saúde	4. Educação permanente de conselheiros 4.1. Você sabe o que é controle social? 4.2. Participou de algum curso de capacitação de conselheiro 4.3. Você conhece a legislação e os princípios do SUS?	Conass 2007
Determinação da política de educação permanente para membros da comunidade	Dados da política de educação para membros da comunidade	Identificar a política de educação que o conselho desempenha para os cidadãos da comunidade que representam	5. Educação permanente na comunidade 5.1. Você transmite as decisões do conselho para seu segmento, órgão, movimento ou entidade? 5.2. Você participou de algum curso de capacitação para conselheiro de saúde municipal? 5.3. Você participou de algum treinamento visando capacitar a comunidade a respeito das políticas públicas de saúde?	

O questionário utilizado no estudo foi validado mediante avaliação de um painel de juízes. Foram enviados a três especialistas na área das Ciências da Educação, pedindo-lhes a sua colaboração neste processo de validação, indicando para isso as alterações que considerassem necessárias e oportunas. Depois de recolhidos os comentários dos especialistas, procedeu-se às alterações sugeridas.

### 3.4.2. – Quadro de recolha de documentos produzidos

Para a realização da pesquisa documental, foi construído pelo pesquisador um quadro (quadro 3.2), que possibilitou o levantamento e o registro de documentos como atas, ofícios, normativas do Conselho Estadual de Saúde. No instrumento levantou-se o período e o tipo de documento produzido pelo conselho, o assunto que abordava o documento e encaminhamento. Desta forma, pode-se observar a dinâmica de funcionamento do conselho, bem como as efetivas atuações do conselho relativas ao controle social e a educação permanente.

Quadro 3.2.

*Inventário para levantamento de dados da pesquisa documental*

Documento	Período	Assunto	Encaminhamento
Ofícios	Data em que foi produzido	Do que tratava	O que foi decidido
Atas	Data em que foi produzido	Dados que constavam na ata	O que foi decidido
Resoluções	Data em que foi produzido	O que decidia a Resolução	Para quem decidia

### 3.5. – Percurso/trilho efetuado na recolha de dados

O recolhimento de dados deu-se em dois momentos. O primeiro dizia respeito aos dados a serem levantados pela análise de documentos produzidos no período estudado do conselho estadual de saúde com o registro das informações no quadro de documentos produzidos pelo conselho, enquanto o segundo momento de recolha de dados, dizia respeito à aplicação e recolha dos questionários aplicados aos conselheiros de saúde.

Para o levantamento de dados o pesquisador fez agendamento na secretaria executiva do conselho para realização da pesquisa, informando que os documentos ora disponíveis para o estudo estavam resguardados o sigilo que merecesse e que o estudo tinha previa aprovação do Presidente do Conselho.

Antes dos questionários serem administrados aos conselheiros, o autor do estudo reuniu-se com os conselheiros, tendo este encontro servido para descrever sucintamente os objetivos do estudo e fornecer instruções uniformizadas para os conselheiros responderem aos questionários. Foi orientado aos participantes do estudo, o fato de os questionários serem anônimos e confidenciais e a importância destes responderem as questões com sinceridade, não havendo respostas certas nem erradas.

### **3.6. – Descrição da etapa de análise e tratamento de dados**

Para a análise de dados definiu-se como variável dependente a frequência com que o conselheiro participou das reuniões e das atividades de educação realizadas pelo conselho. Como variáveis independentes o sexo e a idade dos conselheiros. Definiu-se o ano de exercício que o conselheiro estava desempenhando suas funções como o fator fixo.

Os dados serão Tabulados e distribuídos em gráficos e tabelas de forma que possamos analisar a frequência das ações voltadas à educação permanente em saúde e de controle social realizadas pelo referido Conselho.

Desta forma, será realizado um estudo comparativo entre as respostas apresentadas pelos conselheiros no questionário e os dados levantados quando da realização da pesquisa documental com o objetivo de facilitar o entendimento das questões de investigação o estudo.

## **4. – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **4.1. – Introdução**

No capítulo 4 apresentam-se os resultados do estudo e a faz-se a sua discussão à luz do conhecimento atual. Para os resultados das questões abertas foi feita a análise qualitativa do seu conteúdo que nos permitiu depois de estabelecidas as categorias emergentes, analisar as frequências de respostas. Os resultados da análise quantitativa (estatística descritiva) estão representados em tabelas e gráficos, os quais serão alvo de uma interpretação sumária, complementada por uma análise qualitativa, baseada na transcrição de algumas respostas dos Conselheiros. Assim, depois de uma breve descrição relativamente à estrutura do capítulo (4.1.) procede-se a apresentação dos resultados propriamente dita (4.2.) compreende os resultados correspondentes ao questionário aplicado aos Conselheiros. Na seção seguinte (4.3.) são apresentados os resultados do quadro de levantamento de documentos produzidos pelo conselho e são tecidas algumas considerações sobre a forma como decorreu a recolha de dados. No final deste capítulo será feita a discussão dos resultados (4.4.). Far-se-á o confronto dos resultados obtidos com alguns aspectos contemplados no contexto teórico da investigação de modo a obter-se um quadro explicativo mais coerente. Esclarecemos aqui que também será realizado um confronto das informações da pesquisa documental com as respostas dadas pelos conselheiros quando da aplicação do questionário com o intuito de evidenciar os propósitos do estudo, ficando claro que não é com o objetivo de confrontar as respostas para verificar a veracidade das respostas dos conselheiros ao questionário.

### **4.2. – Apresentação dos resultados**

#### **4.2.1. – Resultado das perguntas com relação aos dados de identificação ou perfil dos Conselheiros**

Em resposta às questões de identificação aonde se caracterizam o perfil dos conselheiros os gráficos 4.1 e 4.2 demonstram a distribuição quanto ao sexo e situação civil dos conselheiros que participaram da pesquisa.

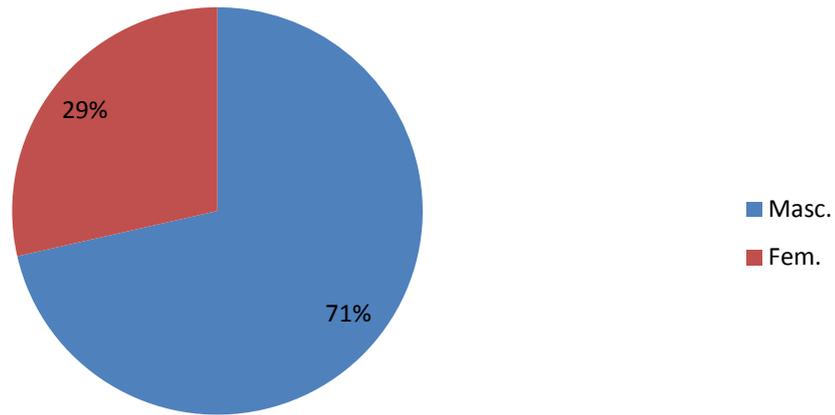


Gráfico 4.1.  
Distribuição dos Conselheiros por sexo

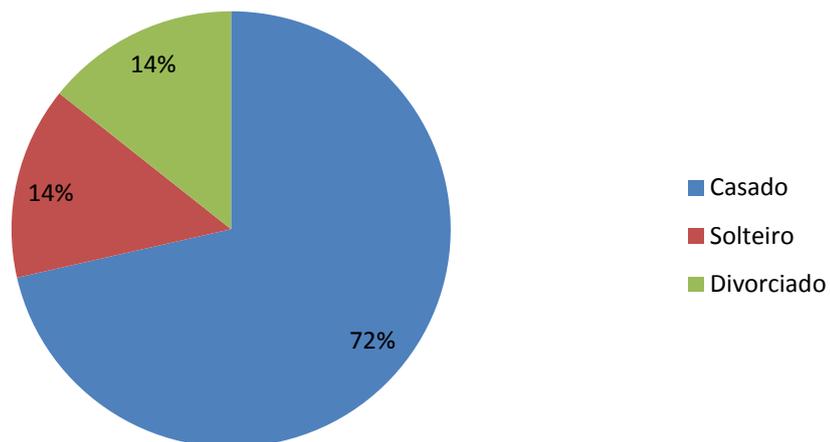


Gráfico 4.2.  
Distribuição dos Conselheiros por estado civil

De acordo com os gráficos 4.1. e 4.2., verifica-se que dos 14 conselheiros elegíveis para a participação no estudo, 71% são do sexo masculino e 29% são do sexo feminino, configurando uma predominância do gênero masculino relativamente ao gênero feminino na população estudada. Quanto à situação civil, percebemos na população estudada que ocorre uma predominância de conselheiros que são casados (72%), relativamente aos conselheiros que são solteiros (14%) ou divorciados (14%).

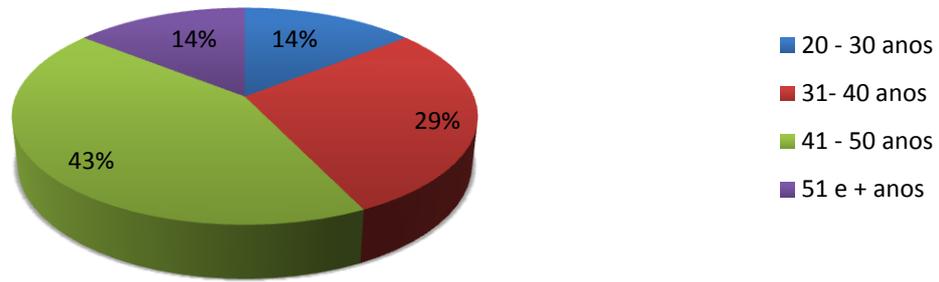


Gráfico 4.3.  
Distribuição dos Conselheiros por faixa etária

Segundo os dados constantes no gráfico 4.3., relativamente à distribuição em faixa etária, 14% dos conselheiros estão na faixa etária de 20 a 30anos, 29% na faixa etária de 31 a 40 anos, 43% na faixa etária de 41 a 50 anos e 14% na faixa etária de 51 e mais anos. Percebe-se uma concentração maior de conselheiros nas faixas etárias acima de 41 anos. O intervalo de idades dos Conselheiros situa-se entre os 20 e 51 anos de idade.

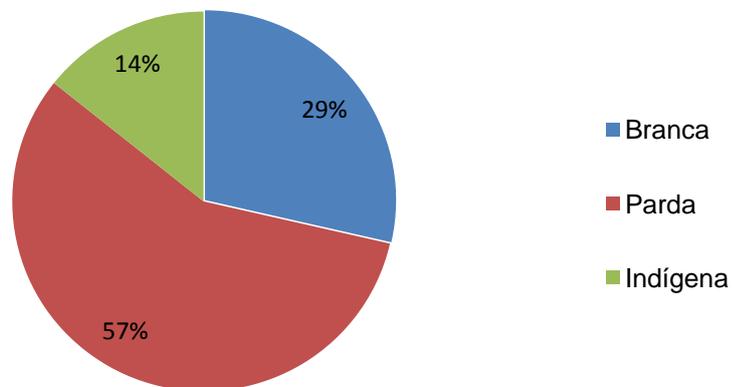


Gráfico 4.4.  
Distribuição dos Conselheiros pelas características étnicas

De acordo com o gráfico 4.4., quanto à característica étnica, os dados revelam que a maioria (57%) dos conselheiros é da cor parda, 29% são da cor branca. Verifica-se ainda que apenas 14% dos conselheiros são da raça indígena. Comparando a população indígena relativamente à população não indígena, percebemos uma dominância de conselheiros não indígenas sobre os conselheiros indígenas.

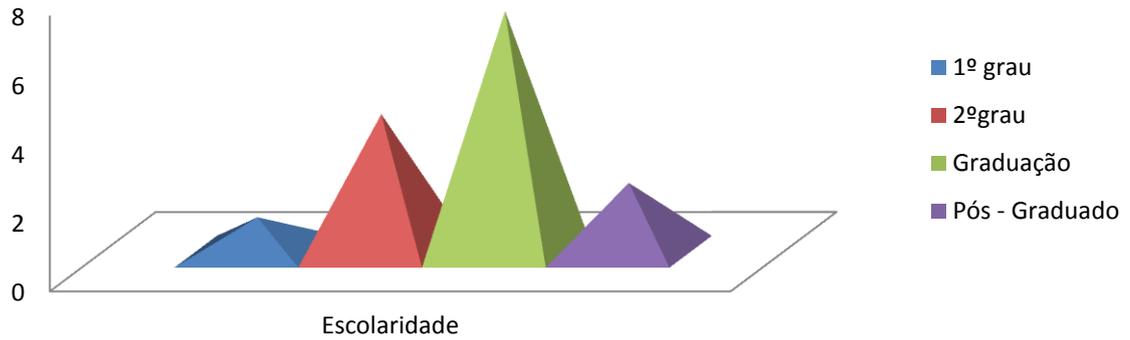


Gráfico 4.5.  
Distribuição dos Conselheiros quanto à escolaridade.

De acordo com o gráfico 4.5., relativamente à escolaridade, a maior frequência 7 (50%) dos conselheiros possui superior completo, enquanto que 1 (7%) possui 1º grau incompleto, (4) 29% possui 2º grau completo, e 2 (14%) possuem pós graduação. Percebemos nestes dados que 64% dos conselheiros possui nível superior completo.

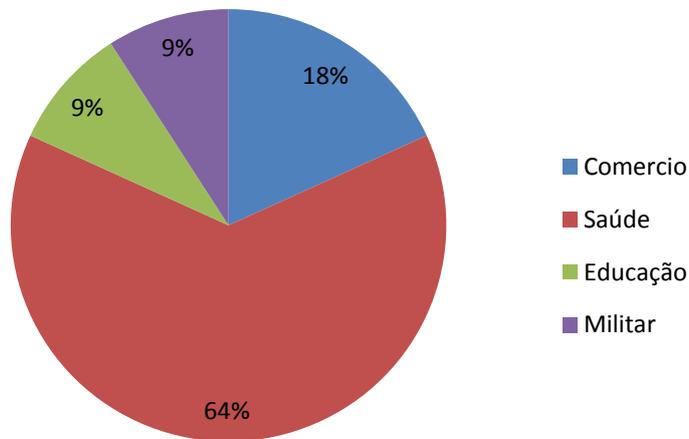


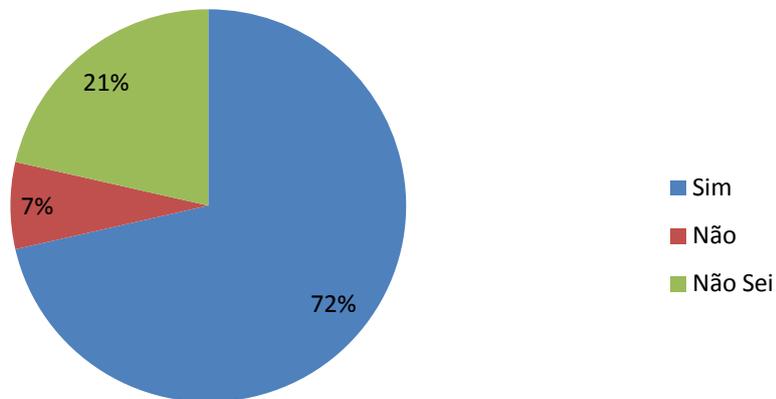
Gráfico 4.6.  
Distribuição dos Conselheiros quanto à área em que trabalham.

De acordo com os dados apresentados no gráfico 4.6., a maioria dos conselheiros entrevistados 64% são trabalhadores da saúde, 18% trabalham no comércio, 9% trabalham na educação e 9% trabalham na área militar, ocorrendo uma dominância de conselheiros que pertencem ao segmento de trabalhadores da saúde relativamente aos demais segmentos.

#### 4.2.2. – Resultado das perguntas com relação aos dados de organização e funcionamento do conselho

Os dados apresentados a seguir representam as respostas dos conselheiros quanto à forma que o Conselho está organizado e a sua dinâmica de funcionamento

Em resposta a pergunta sobre a existência de secretaria executiva no conselho, 100% dos conselheiros afirmou que o Conselho possui secretaria executiva.



*Gráfico 4.7.*

*Distribuição dos Conselheiros quanto ao conhecimento da existência de regimento interno no conselho.*

Segundo dados constantes no gráfico 4.7., percebemos uma predominância de conselheiros 72% que afirmam a existência de Regimento Interno no Conselho, enquanto que 28% afirmaram que não existe ou não sabiam da existência de Regimento. Estes dados revelam que existe uma desigualdade importante entre os conselheiros relativamente ao conhecimento do regimento interno, pois há uma percentagem grande de conselheiros (28%) que não conhecem o regimento interno do Conselho. Há de se referir que todo o funcionamento do conselho deve ser baseado de acordo com o regimento interno de criação do conselho.

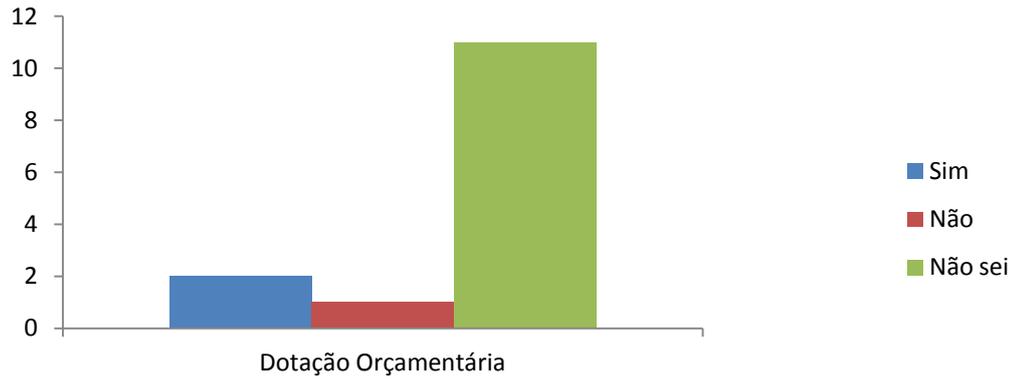


Gráfico 4.8.

Distribuição dos Conselheiros quanto a existência de dotação orçamentária no conselho.

De acordo com os dados do gráfico 4.8., (2) 14% dos conselheiros responderam que o Conselho possui dotação orçamentária, (1) 7% responderam que não existe e (11) 79% dos responderam que não sabiam se existia dotação orçamentária. Verificamos, portanto que a maioria (86%) dos conselheiros refere que o Conselho não possui dotação orçamentária. Há de se referir que os Conselhos devem ter dotação orçamentária para o seu funcionamento.

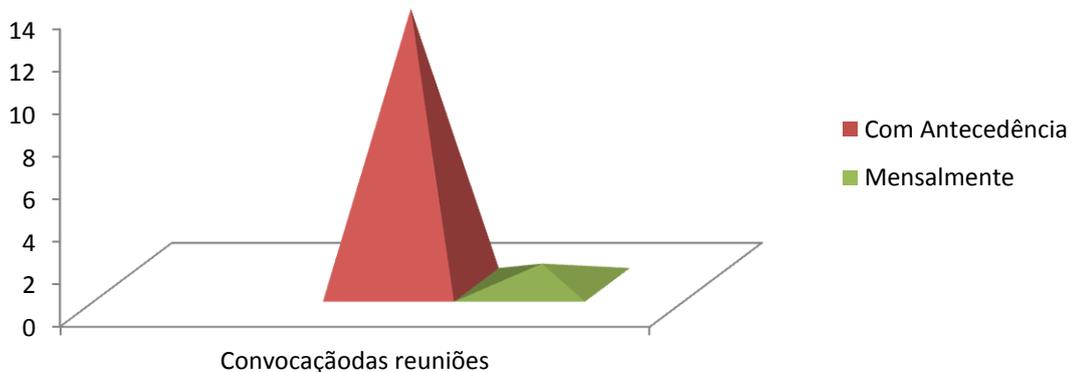


Gráfico 4.9.

Distribuição dos Conselheiros quanto à convocação das reuniões.

Segundo dados apresentados no gráfico 4.9., percebemos que a maioria 13 (93%) dos conselheiros afirmaram que as reuniões eram convocadas com antecedência e 1 (7%) responderam que eram agendadas mensalmente. Há de se referir que as reuniões do conselho devem ser agendadas antecipadamente e definidas suas agendas pelo pleno do Conselho, sendo que ocorra pelo menos uma a cada mês.

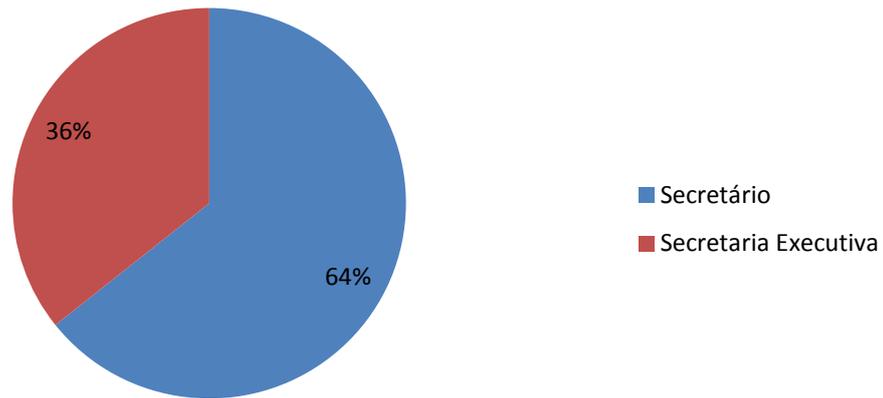


Gráfico 4.10.

*Distribuição dos Conselheiros quanto a quem definia os assuntos das reuniões do Conselho.*

De acordo com os dados do gráfico 4.10., percebemos que os assuntos das reuniões do conselho eram definidos pelo secretário de saúde, confirmado pela alta frequência (64%) de respostas afirmativas dos Conselheiros. Constatamos ainda que 36% dos conselheiros responderam ser a secretaria executiva do Conselho a definidora dos assuntos das reuniões, apesar de sabermos que os assuntos das reuniões devem ser definidos pelo pleno do Conselho.

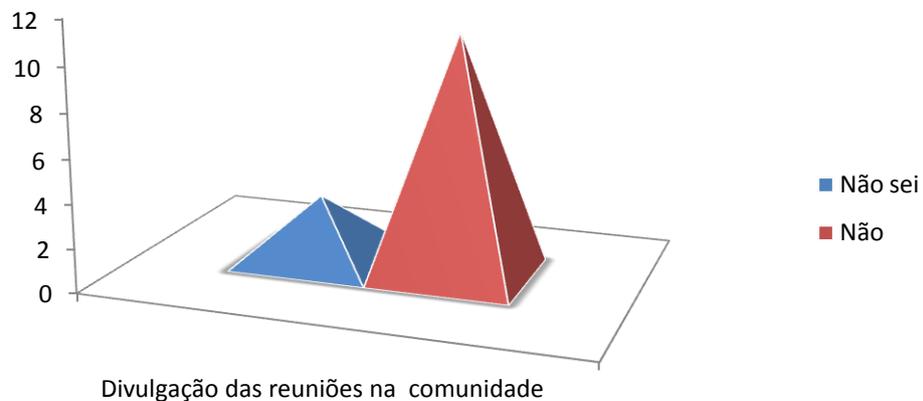


Gráfico 4.11.

*Distribuição dos Conselheiros quanto à divulgação das reuniões na comunidade*

Segundo dados apresentados no gráfico 4.11., quanto à divulgação das reuniões na comunidade, (3) 21% dos conselheiros responderam que não sabiam e 11 (79%) responderam que as reuniões não eram divulgadas na comunidade. Desta forma percebemos que as reuniões não são divulgadas na comunidade. Há de referir que as reuniões devem ser divulgadas na comunidade pelos próprios conselheiros.

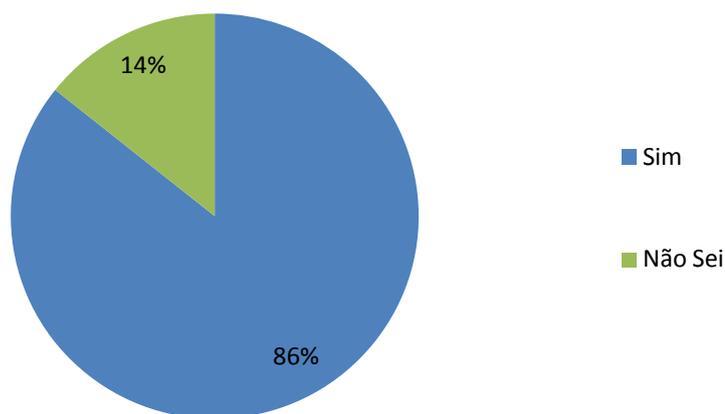


Gráfico 4.12.

Distribuição dos Conselheiros relativamente à abertura das reuniões ao público

De acordo com os dados do gráfico 4.12., verificamos que ocorre uma predominância nas respostas dos conselheiros (86%) relativamente à abertura das reuniões ao público. Percebemos ainda que uma pequena parcela (14%) dos conselheiros respondeu que não sabiam se as reuniões eram abertas ao público.

Tabela. 4.1.

Demonstrativa de distribuição dos conselheiros entrevistados segundo o segmento que representam no conselho de Saúde de Roraima – 2008 a 2010.

Segmento que o Conselheiro representa	Valor absoluto.	%
Trabalhador de saúde	03	21
Representante do governo	03	21
Usuário	04	29
Prestadores de serviço	04	29
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

De acordo com os dados apresentados na tabela 4.1., percebemos que quanto ao segmento que o conselheiro representa no conselho, 21% são representantes do segmento de trabalhadores da saúde, 21% são de representantes do governo, 29% são de representantes do segmento de usuários e 29% representantes do segmento de prestadores de serviço. Comparando estes dados com o índice de 64% de trabalhadores da saúde no Conselho, percebemos uma discordância quanto às

respostas dos conselheiros, pois não tem como o conselheiro ser trabalhador da saúde e representar outro segmento.

Quanto ao conhecimento do segmento sobre seu representante no conselho, verificamos que 100% dos Conselheiros afirmaram que o segmento sabe quem lhe representa no conselho, apesar de 79% dos conselheiros afirmarem que estão no conselho por indicação de seus chefes.

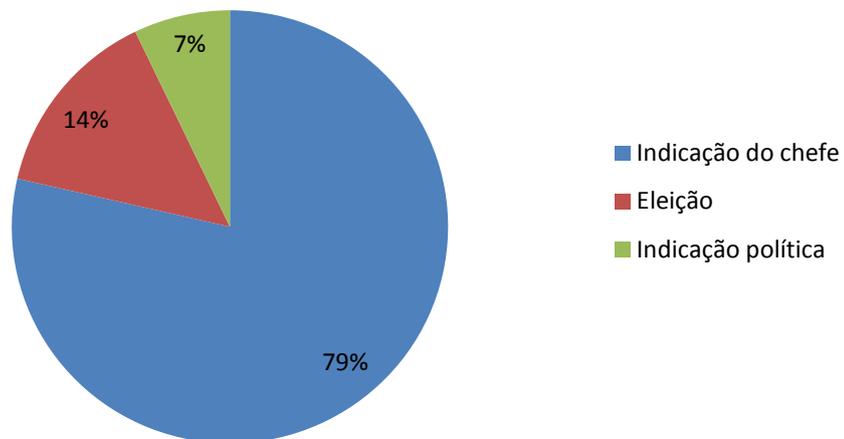


Gráfico 4.13.

*Distribuição dos Conselheiros quanto à forma que se tornou conselheiro*

De acordo com os dados do gráfico 4.13., em resposta quanto à forma que se tornou conselheiro, verificamos que 79% dos conselheiros afirmaram ser por indicação de seu chefe, 7% por indicação política e 14% dos conselheiros por eleição nos seus segmentos. Desta forma percebemos que o Conselho está constituído sem que tivesse ocorrido um processo democrático no segmento para escolha do conselheiro, confirmada pela grande maioria (86%) de respostas afirmativas dos conselheiros que estão no conselho por indicação das chefias ou política e apenas 14% dos conselheiros foram eleitos nos seus segmentos. Há de se referir que os conselheiros devem ser eleitos em seus segmentos para ocuparem assento no Conselho. A sua apresentação para o conselho é que deva ser oficialmente realizada pelo seu chefe, o que não está revelado nos dados ora apresentados.

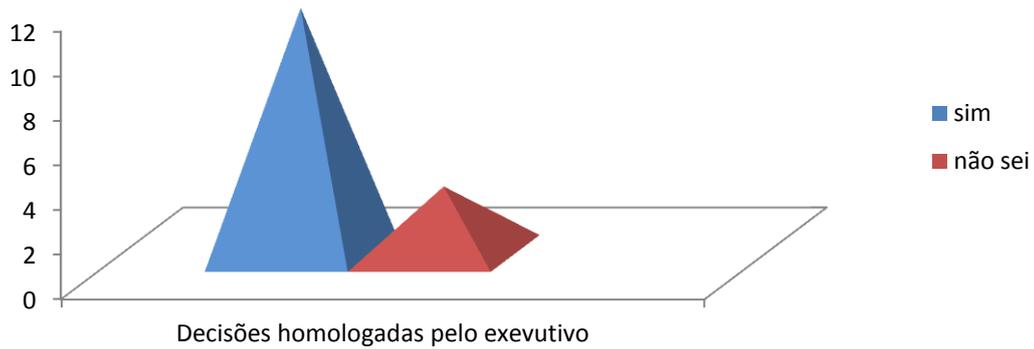


Gráfico 4.14.

*Distribuição das respostas dos Conselheiros quanto à homologação das decisões do conselho pelo poder executivo.*

Segundo dados apresentados no gráfico 4.14., percebemos uma alta frequência 11(79%) de repostas dos conselheiros afirmando que as decisões do Conselho são homologadas pelo poder executivo. Há de se referir que ainda tem uma parcela importante dos conselheiros 3 (21%), que não sabem se as decisões tomadas são homologadas ou não pelo poder executivo.

#### 4.2.3.– Resultado das perguntas com relação aos dados de participação dos conselheiros

Os dados apresentados a seguir representam as respostas dos conselheiros quanto à forma que os Conselheiros participaram das atividades desenvolvidas pelo Conselho no período estudado.

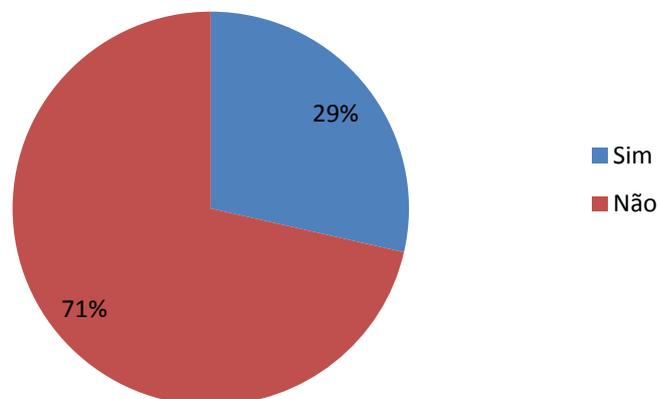


Gráfico 4.15.

*Distribuição dos Conselheiros quanto ao conhecimento do fundo estadual de saúde.*

De acordo com os dados apresentados no gráfico 4.15., detectamos que a grande maioria (71%) dos conselheiros não conhece o Fundo Estadual de saúde. Comparando o resultado de que a totalidade dos conselheiros afirmou saber o que é controle social, percebemos uma disparidade nas afirmativas de respostas, pois conhecer o Fundo Estadual de Saúde é requisito básico para o desempenho das atividades de conselheiro.

Tabela. 4.2.

*Demonstrativa da frequência com que o Conselheiro participou das reuniões do Conselho.*

Frequência	V. ABS.	%
Uma por mês	12	86
Uma a cada dois meses	02	14
TOTAL	14	100

Segundo dados apresentados na tabela 4.2., percebemos uma alta frequência (86%) de respostas dos conselheiros afirmando que participam das reuniões do Conselho uma vez por mês e 14% uma reunião a cada dois meses. Desta forma fica entendido que ou o conselho não realiza reuniões extraordinárias no mês ou se realiza os conselheiros não participam, pois com esta frequência de participação dos conselheiros só da para participar das reuniões ordinárias do Conselho.

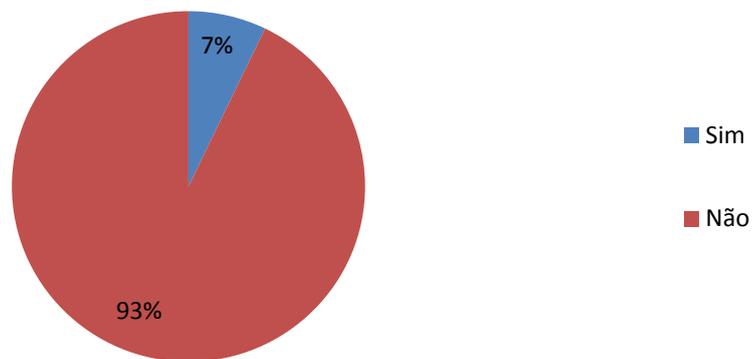


Gráfico 4.16.

*Distribuição dos Conselheiros quanto ao conhecimento da agenda estadual de saúde.*

De acordo com os dados do gráfico 4.16., percebemos que em sua maioria 93% dos conselheiros que não conhecem a agenda de saúde de seu Estado. Estes dados revelam que os conselheiros não estão desempenhando suas funções a contento, pois sem conhecer a agenda de saúde não tem como realizar um efetivo acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas no Estado.

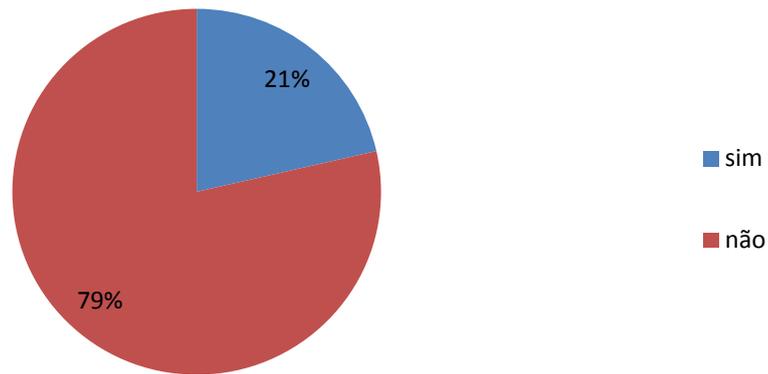


Gráfico 4.17.

*Distribuição dos Conselheiros relativamente à análise da prestação de contas da Secretaria de Saúde do Estado.*

De acordo com os dados do gráfico 4.17., observamos que em sua maioria 79% dos Conselheiros não realizaram nenhuma análise de prestação de contas da Secretaria de Saúde do Estado. Há de se referir que uma pequena parcela 21% respondeu que sim. Relativamente a esta questão, esperávamos que todos os conselheiros realizassem a análise dos gastos com a saúde no Estado.

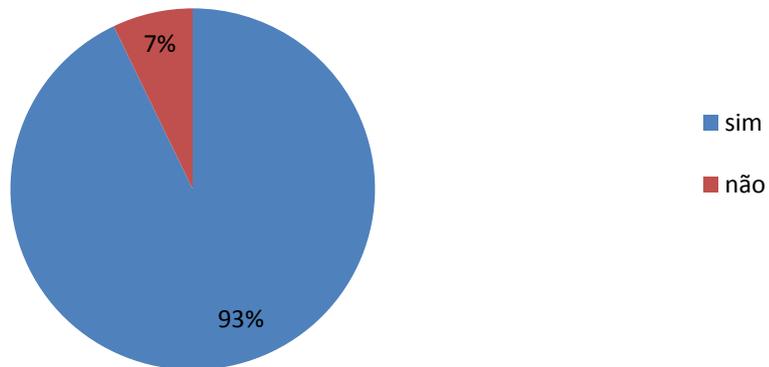


Gráfico 4.18.

*Distribuição dos Conselheiros sobre o conhecimento da existência de plano estadual de saúde.*

Segundo dados apresentados no gráfico 4.18., percebemos que em sua maioria 93% dos Conselheiros responderam que conhecem o plano Estadual de saúde e 7% responderam que não conhecem. Estes dados revelam uma contradição com a resposta dada pelos conselheiros do conhecimento (93%) da agenda estadual de saúde, pois o Plano Estadual de saúde é desenvolvido de acordo com a agenda Estadual de saúde.

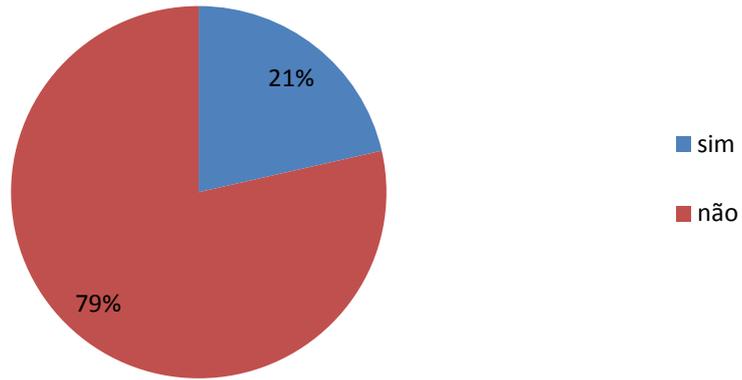


Gráfico 4.19.

Distribuição dos Conselheiros quanto a fiscalização dos serviços de saúde local.

De acordo com os dados do gráfico 4.19., detectamos uma alta frequência 79% de respostas dos conselheiros que afirmativamente não realizavam fiscalização dos serviços de saúde local. Levando em consideração que em sua totalidade os conselheiros afirmaram ter conhecimento de seu papel e de suas funções, estes dados revelam uma contradição entre esta afirmativa e o que realmente desempenham na prática.

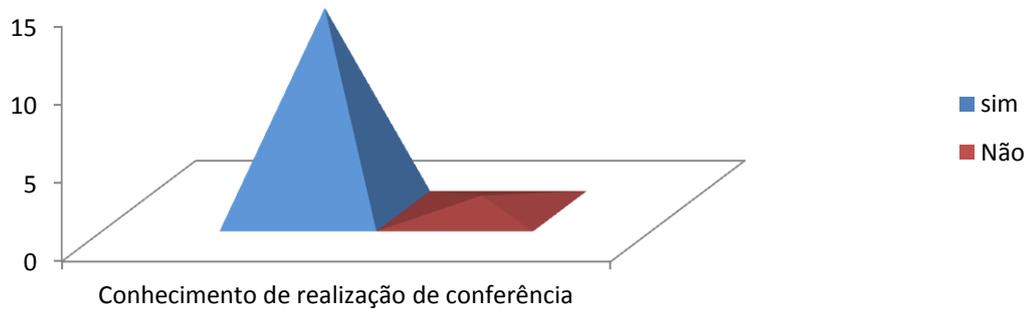


Gráfico 4.20.

Distribuição dos Conselheiros do conhecimento da realização de conferência estadual de saúde.

De acordo com os dados do gráfico 4.20., percebemos que a grande maioria 93% dos conselheiros respondeu afirmativamente que o Estado já realizou conferência de saúde, ficando, portanto explicito que o Estado através do conselho de saúde cria espaços de discussões e de debates para a participação dos conselheiros e comunidade sobre as políticas de saúde.

#### 4.2.4. – Resultado das perguntas com relação aos dados de Educação permanente de conselheiros

A totalidade dos conselheiros respondeu que sabe o que é controle social e afirmaram que nunca participaram de curso de capacitação de conselheiro. Estas afirmativas em nosso olhar são contraditórias, pois entendemos que sempre existirão coisas novas para ser explorada relativamente ao controle social e se os conselheiros ainda não receberam capacitação para o desempenho de suas funções, na verdade não perceberam a dimensão que tem o termo controle social.

Tabela 4.3.

*Demonstrativa da frequência com que o Conselheiro conhece as leis e princípios do SUS.*

Frequência	Valor absoluto.	%
- sim	11	79
- Não	3	21
TOTAL	14	100

Segundo dados apresentados na tabela 4.3., 79% dos conselheiros responderam afirmativamente que conhecem as leis e princípios do SUS. e 21% responderam que não. Dos conselheiros que responderam sim, relacionaram as leis 8080/90, 8142/90 e a lei do subsistema indígena e os princípios de equidade, universalidade e integralidade como de seu conhecimento. Registra-se que esta frequência de respostas não foram unânimes entre todos, ficando registrados apenas as leis e princípios que mais foram relacionadas pelos conselheiros. Há de se referir que existe uma importante parcela (21%) de conselheiros que responderam não conhecer as leis e princípios do SUS.

#### 4.2.5. – Resultado das perguntas com relação aos dados de Educação permanente na comunidade

Os dados apresentados a seguir representam as respostas dos conselheiros quanto às ações de educação permanente desenvolvidas pelos conselheiros na comunidade.

Tabela. 4.4.

Demonstrativa da transmissão das decisões do conselho pelo conselheiro para seu segmento.

Frequência	V. ABS.	%
- sim	8	58
- Não	6	42
TOTAL	14	100

Segundo dados apresentados na tabela 4.4., percebemos que a maioria 58% dos conselheiros respondeu que realizam a transmissão das decisões do conselho para o seu segmento e 42% responderam que não. Dos conselheiros que responderam sim, relacionaram as reuniões e os murais da instituição do segmento como mecanismos para realizarem as transmissões das reuniões para o seu segmento. Há de se referir que é alto o índice de conselheiros que não transmitem o que foi discutido no conselho.

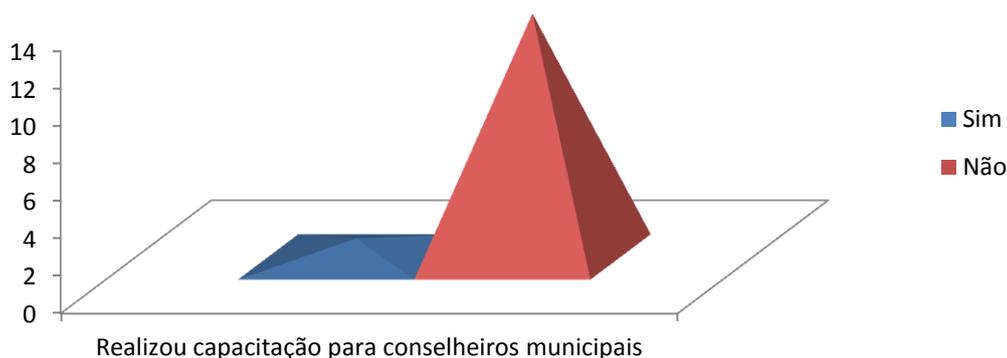


Gráfico 4.21.

Distribuição dos Conselheiros quanto à participação em capacitação para conselheiros de saúde.

De acordo com o gráfico 4.21., verificamos uma alta frequência 13 (93%) dos conselheiros que responderam não terem participado de nenhuma capacitação para conselheiros de saúde. Estes dados revelam a não existência de uma política de educação permanente do conselho Estadual de saúde para os seus conselheiros. Há de se referir que é competência do conselho Estadual realizar treinamento para os conselheiros de saúde tanto do estado quanto de conselheiros municipais.



Gráfico 4.22.

*Distribuição dos Conselheiros quanto à capacitação na comunidade*

De acordo com dados do gráfico 4.22., percebemos uma alta frequência 13 (93%) de respostas afirmativas dos conselheiros que não realizaram nenhuma capacitação na comunidade. Estes dados estão semelhantes ao da questão anterior aonde 93% dos conselheiros afirmaram não ter participado de nenhum treinamento para conselheiros de saúde. Assim, há de se referir que é de competência dos conselheiros planejarem em seu segmento capacitações para o empoderamento da comunidade nas questões de saúde. Estes dados ainda são discordantes da totalidade dos conselheiros terem afirmado que sabem o que é controle social e terem afirmado que conhecem suas funções como conselheiros.

#### 4.3. – Resultados do quadro de documentos produzidos pelo conselho

Desta forma, apresenta-se a seguir, os quadros de documentos produzidos pelo conselho, de acordo com o período ( ano) em que foram gerados os documentos. No quadro ainda consta o encaminhamento que os documentos tiveram ao darem entrada no conselho.

Quadro 4.1.

*Demonstrativo dos Documentos produzidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Roraima no período de 2008 (CES-RR, 2008)*

Documento	Período	Assunto	Encaminhamento
Ofícios	2008	Não foram fornecidas pelo Conselho	Não fornecidos
Atas	2008	Não foram fornecidas pelo Conselho	Não fornecidos
Resolução 01/2008	12/02/2008	Aprova o Plano de Ação de Saúde de 2008	Todas as resoluções foram encaminhadas para Secretário de Estado de Saúde para que fossem publicadas em diário oficial de Estado em forma de portaria.
Resolução 02/2008	14/03/2008	Aprova o plano de ações e metas – PAM do programa DST/AIDS 2008	
Resolução 03/2008	13/05/2008	Aprova o relatório Estadual de indicadores de monitoramento do pacto pela saúde – prioridades e objetivos do Estado de Roraima	
Resolução 04/2008	17/07/2008	Aprova o Plano de Alimentação e Nutrição PAN/2008	
Resolução 005/2008	13/11/2008	Forma a comissão para elaboração do segundo plano de ação do Estado de Roraima Nº 2855/2008 de 31/10/2008.	
Resolução 06/2008	17/08/2008	Aprova o relatório de gestão do primeiro e segundo trimestre de 2008	
Resolução 07/2008	09/09/2008	Aprova o projeto para identificação e prevenção do agravo da voz na saúde do trabalhador da rede de ensino	
Portaria 135/2008	14/11/2008	Designa Conselheiros de saúde Municipais para representar o Estado de Roraima na XV Plenária Nacional de conselhos de saúde.	
Portaria 1373/2008	03/11/2008	Designa servidores da Sesau/RR para apoio técnico	

Portaria 1183/2008	20/10/2008	na estruturação dos conselhos Municipais de saúde para o fechamento do exercício de 2008  Autoriza o deslocamento de conselheiros municipais para participarem da etapa final do projeto de sensibilização das lideranças do movimento popular de saúde e de conselheiros do Estado de Roraima	
-----------------------	------------	--	--

Quadro 4.2.

*Demonstrativo dos Documentos produzidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Roraima no período de 2009 (CES-RR, 2009).*

Documentos	Período	Assunto	Encaminhamento
Ofício 124/2009 da SESAU	18/12/2009	Encaminhando o plano de alimentação e nutrição – PAN-2010 para aprovação	Encaminhado para pauta
Ata	18/12/2009	Apresentação e Aprovação da Reforma de Refeitório, áreas gerais e parte do Hemocentro do objeto do convênio 3498/2007.	Aprovado
Ata	10/1 /2009	Apresentação do Plano de Trabalho do CEREST e Apresentação de Proposta de Implantação das Unidades SENTINELAS	Aprovado
Resolução 001/2009	01/03/2009	Aprova o plano de ação de saldo orçamentário remanescente 2008 da média e alta complexidade.	Aprovado
Resolução 002/2009	01/02/2009	Aprova o relatório de gestão do terceiro e quarto trimestre do exercício de 2008.	Aprovado
Resolução 003/2009	14/04/2009	Aprova o plano de alimentação e nutrição/PAN/2009	Aprovado

Resolução 004/2009	14/04/2009	Aprova o plano de ações e metas – PAM 2009 do programa Estadual de DST/HIV/AIDS	Aprovado
Resolução 005/2009	23/04/2009	Aprova o projeto de regionalização do serviço de atendimento móvel de urgência SAMU-192	Aprovado
Resolução 007/2009	12/05/2009	Aprova o plano Estadual e enfrentamento da epidemia de AIDS e das DSTS entre Gays, HSH e travestis de Roraima	Aprovado
Resolução 008/2009	12/05/2009	Aprova a avaliação dos indicadores Estadual do pacto pela vida, referente ao exercício 2008 e pactuação para 2009	Aprovado
Resolução 010/2009	09/06/2009	Aprova a alteração na normatização do TFD - Tratamento fora do domicílio.	Aprovado
Resolução 011/2009	14/07/2009	Aprova o aumento do teto financeiro da hemodiálise	Aprovado
Resolução 012/2009	14/07/2009	Aprova o plano de ação 2009 do departamento estadual de vigilância sanitária	Aprovado
Resolução 013/2009	14/07/2009	Aprova a tabela complementar de procedimentos do SUS	Aprovado
Resolução 014/2009	11/08/2009	Macroalocação e parâmetros definidos na PPI – programa pactuada integrada.	Aprovado
Resolução 015/2009	11/08/2009	Inplantação de centros de especialidade odontológicos estaduais na capital e interior do Estado de Roraima	Aprovado
Resolução 016/2009	11/08/2009	Aprova o credenciamento de laboratórios regionais de próteses dentárias	Aprovado
Resolução 017/2009	27/08/2009	Aprova o programa anual de saúde para 2010.	Aprovado
Resolução 018/2009	08/10/2009	Aprova o relatório trimestral de gestão referente ao primeiro e segundo trimestre de 2009.	Aprovado

Resolução 019/2009	18/11/2009	Aprova a reforma do refeitório, áreas gerais e pátio do hemocentro do objeto do convênio Nº 3498/2007.	Aprovado
Resolução 020/2009	10/12/2009	Aprova o plano de ação de trabalho do CESREST e aplicação financeira	Aprovado
Resolução 021/2009	10/12/009	Aprova Implantação das unidades sentinelas de saúde do trabalhador do Município de Boa Vista	Aprovado

Quadro 4.3.

*Demonstrativo dos Documentos produzidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Roraima no período de 2010 (CES-RR, 2010)*

Documentos	Período	Assunto	Encaminhamento
Ofício 12/10 da Secretaria Municipal de Cantá	27/01/2010	Solicitando apoio para montar a base do Conselho Municipal de Saúde do Município.	Não fornecido
Ofício 02/2010 da SESAU	03/02/2010	Informando os Conselheiros titulares e suplentes do segmento Gestor da SESAU-RR	Não fornecido
Ofício 025/2010 do SEAU/RR	25/02/2010	Solicitando cópia do calendário das reuniões do CES no ano de 2010	Não fornecido
Ofício 015/2010 da Federação das Associações Gerais de Roraima	05/03/2010	Solicitando apoio para realização de palestras sobre hanseníase no bairro alvorada	Não fornecido
Ofício 267 do CORE/	12/03/2010	Justificando ausência de Conselheiro	Não fornecido
Ofício 01/2010/FAGER	27/04/2010	Comunicando substituição de conselheiro para o ano 2009/2011	Deferido
Ofício 481/SMSA de Boa Vista	08/03/2010	Apresentando conselheiro titular para 2009/2011	Deferido

Ofício S/N do Distrito Sanitário Indígena	16/12/2010	Solicitando possibilidade de ter membro titular no CES/RR	Não fornecido
Ofício S/N do CRM-RR	16/08/2010	Solicitando presença da conselheira nas reuniões do conselho	Não fornecido
Ofício 242 Secretaria Municipal de Iracema	30/11/2010	Solicitando capacitação de conselheiro	Não fornecido
Ofício 618/2010 Secretaria de saúde de Alto Alegre	08/10/2010	Solicitando capacitação de conselheiros	Não fornecido
Ofício 012/2010 Secretaria de saúde de Uiramutã	08/10/2010	Solicitando capacitação de conselheiros	Não fornecido
Ofício 001/10 SESAU	08/01/2010	Solicitando Inclusão em pauta do conselho do projeto odontologia hospitalar e estágio acadêmico supervisionado a serem implantados no HGR.	Deferido
Memo 28/2010/SESAU-RR	24/05/2010	Encaminhando o plano operativo estadual de saúde prisional para avaliação e aprovação do conselho	Deferido
Memo 039/2010	18/05/2010	Solicitando inclusão das seguintes pautas na reunião: -Apresentação e aprovação de despesas do processo emergencial NR 2189/10 - Apresentação e aprovação da portaria 3306 de 24/2009 Apresentação e aprovação da portaria 3313 de 29.12.2009	Deferido

Carta 001 do Ministério da Saúde	10/05/2010	Agradecendo a participação do conselho no seminário nacional de acompanhamento, monitoramento e avaliação do programa de inclusão digital dos conselhos.	Deferido
Ata Ordinária	12/01/2010	Apresentação do Plano de Ação da Portaria 2344 de 2009.  Apresentação do Plano de Atendimento e Nutrição de 2010	Aprovado com ressalvas para serem estudadas o mais breve  Aprovado com ressalvas para serem estudadas o mais breve
Ata Ordinária	29/03/2010	Aprovação da Resolução do Programa de Inclusão Digital-PID/RR.  Programação Financeira de Recursos de Média e Alta Complexidade de 2010.  Aprovação do Plano Estadual de Saúde  Divulgação da Campanha do Dia Mundial da Tuberculose	Aprovado  Aprovado  Aprovado  Aprovado
Ata Ordinária	13/04/2010	Apresentação do Relatório Anual de Gestão 2009  Discussão sobre o assento da Federação Roraimense de Bairros-FERBAM	Transferido para próxima reunião  Remetido para análise jurídica
Ata Extraordinária	03/05/2010	Pré Conferência de Saúde Mental	Aprovado
Ata Ordinária	13/05/2010	Pré Conferência Regional de Saúde Mental do Estado de Roraima.  Divulgação da I Feira Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – FENAGEP.  Apresentação do Relatório Anual de Gestão 2009	Aprovado    Aprovado

Ata de Reunião Ordinária	15/07/2010	<p>Apresentação e aprovação do Relatório de Gestão anual de 2009 e Relatório de Gestão do primeiro trimestre de 2010</p> <p>Apresentação e aprovação do programa Anual das Ações da Vigilância Sanitária 2010</p> <p>Convite para o Terceiro Simpósio Nacional de Assistência Farmacêutica</p> <p>Criação de Comissão para investigar denuncia com relação a medicamentos na DADIMED</p>	<p>Aprovado</p> <p>Aprovado</p> <p>Realizado</p> <p>Ficou para se criar a comissão</p>
Ata de Reunião Extraordinária	02/08/2010	Aprovação da Prestação de Contas do Fundo Estadual de Saúde – FUNDES exercício 2008 e 2009.	Ficou criada comissão para estudo do assunto
Ata de Reunião Extraordinária	19/08/2010	<p>Aprovação e Apresentação dos Projetos de Pesquisa e Reabilitação em Hanseníase</p> <p>Apresentação e Aprovação do Tratamento de Fumante no Estado de Roraima</p> <p>Apresentação e Aprovação do Projeto Reviva Mulher</p>	<p>Aprovado</p> <p>Aprovado</p> <p>Não aprovado, transferido para próxima reunião</p>
Ata da 9. <sup>a</sup> Reunião Ordinária	14/09/2010	<p>Apresentação da Escola Técnica do sistema Único de Saúde</p> <p>Ressalva no Projeto Reviva Mulher</p> <p>Apresentação e Aprovação do Protocolos Clínicos</p>	<p>Recomendada criação de comissão para estudar a parceria coma ETSUS</p> <p>Aprovado</p> <p>Aprovado com ressalvas</p>
Ata Ordinária	17/11/2010	Aprovação da Prestação de Contas do Fundo Estadual de Saúde – FUNDES exercício 2008 e 2009.	Aprovado com ressalvas

		Apresentação e Aprovação da Criação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental	Aprovado
		Projeto Enquanto o Bebê não Chega	Aprovado
Resolução 001/2010	12/01/2010	Aprova o plano de ação da portaria Nº 2344 de 07/10/2009 da SES/RR	Aprovado
Resolução 002/2010	12/01/2010	Aprova o plano de nutrição – PAN 2010	Aprovado
Resolução 003/2010	09/02/2010	Aprova o projeto de ampliação e humanização do serviço odontológico do H.G.R	Aprovado
Resolução 004/2010	09/02/2010	Aprova o projeto de estágio voluntario na área de odontologia no setor de urgências odontológicas do pronto atendimento Airton Rocha, pronto socorro Francisco Elesbão/H.G.R.	Aprovado
Resolução 005/2010	06/04/2010	Aprova o programa de inclusão digital – PID/RR	Aprovado
Resolução 006/2010	06/04/2010	Aprova a programação financeira de recursos de média e alta complexidade de 2010.	Aprovado
Resolução 007/2010	06/04/2010	Aprova a apresentação e aprovação do plano Estadual de saúde.	Aprovado
Resolução 008/2010	03/05/2010	Aprova a II conferência Estadual de saúde mental	Aprovado
Resolução 009/2010	08/06/2010	Aprova as despesas do processo emergencial NR2189/2010	Aprovado
Resolução 010/2010	06/06/2010	Aprova a Portaria 3.306 de 12/2009	Aprovado
Resolução 011/2010	08/06/2010	Aprova a portaria 3. 313 de 12/2009	Aprovado

Resolução 012/2010	08/06/2010	Aprova o plano operativo Estadual de atenção integral à saúde da população prisional de RR.	Aprovado
Resolução 013/2010	19/06/2010	Aprova o relatório de gestão anual 2009.	Aprovado
Resolução 014/2010	19/06/2010	Aprova o relatório de gestão	Aprovado
Resolução 015/2010	19/06/2010	Aprova o programa anual das ações de vigilância sanitária de 2010.	Aprovado
Resolução 017/2010	11/08/2010	Aprova o relatório trimestral de gestão referente ao primeiro trimestre de 2010	Aprovado
Resolução 018/2010	12/08/2010	Aprova a comissão de acompanhamento e avaliação 2010	Aprovado
Resolução 019/2010	20/08/2010	Aprova o projeto de pesquisa e reabilitação em hanseníase.	Aprovado
Resolução 020/2010	20/08/2010	Aprova o tratamento do fumante no Estado	Aprovado
Resolução 029/2010	22/12/2010	Nomeia a Secretária Executiva do Conselho	Aprovado
Resolução 027/2010	29/03/2010	Nomeia Conselheira representante da OAB	Aprovado

#### 4.4. – Discussão dos Resultados do questionário e quadro de documentos

A apresentação da discussão dos resultados será realizada de três formas: em um primeiro momento (4.4.1) apresenta-se a discussão dos resultados da pesquisa documental; em um segundo momento (4.4.2) se apresenta a discussão dos resultados das perguntas do questionário e por final aparece o terceiro momento (4.4.3), aonde se apresenta os resultados da pesquisa documental e das respostas do questionário, fazendo-se um cruzamento entre as respostas dadas pelos conselheiros e as informações obtidas na pesquisa documental. Para apresentação dos resultados, tanto dos questionários quanto da pesquisa documental, se estabeleceu os seguintes

tópicos para avaliação: a) Dados de criação e organização do conselho, b) Dados de estrutura e funcionamento do Conselho, e c) Dados de capacitação de Conselheiros.

#### 4.4.1. – Discussão dos Resultados da pesquisa documental

A etapa de recolha de documentos foi dificultada em parte por servidores do conselho de saúde. Percebemos em um determinado momento da pesquisa que os servidores estavam receosos em permitir o levantamento dos dados nos documentos, pois nas diversas vezes que foi marcado para termos acessos aos ofícios, atas e memos recebidos ou expedidos tivemos a afirmativa de que os documentos eram muito importantes e que eram muito sérios, que a servidora não sabia se podia mostrar os referidos documentos, contrariando o que determina o Art. 37 de nossa constituição relativamente a um dos princípios da administração pública: a publicidade de documentos públicos. Foi informado à servidora que não havia motivo para tal receio, pois o estudo era de conhecimento do presidente do Conselho e que tinha rigor no cumprimento das normas científicas e éticas de pesquisa. Desta forma, os documentos foram liberados aos poucos e dificultando o andamento da pesquisa. Ainda com relação aos entraves encontrados pelo pesquisador, ressalta-se a seletividade de ofícios e memorandos recebidos e expedidos pelo Conselho, pois a servidora separou os documentos que a mesma achava importante para o estudo. Apesar de todos esses entraves, a pesquisa teve prosseguimento e a análise que se faz neste momento revela a fragilidade e a necessidade de intervenções imediatas de controle social e de educação permanente não só para os conselheiros, mas também para as pessoas que trabalham na secretaria executiva do conselho.

Após essa visão geral e os relatos das dificuldades encontradas para a realização da pesquisa no Conselho Estadual de Saúde faremos a análise documental baseados na Resolução n.º 333 do CNS e nas Diretrizes da política de educação permanente para conselheiros de saúde no Brasil. A apresentação dos resultados da pesquisa documental do Conselho de Saúde do Estado de Roraima, será de acordo com os itens abaixo:

##### a) Criação e Organização do Conselho

De acordo com a Resolução n.º 333 do CNS, a criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na lei n.º 8142/90.

Na pesquisa constatamos que o CES foi criado pela Lei Estadual n.º 017 de 25

de junho 1992 e modificado pela Lei n.º 079 de 12 de setembro de 1994. Cumprindo, portanto com a exigência legal sobre criação de conselhos de saúde no Brasil.

Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento é de competências dos próprios conselhos e devem realizar estes atos através de portarias ou resoluções.

Relativamente ao Regimento Interno do Conselho, não constatamos nenhuma portaria ou resolução arquivada no conselho que aprovasse o Regimento. No entanto, o regimento foi nos fornecido pela secretaria executiva do Conselho e consta na revisão da literatura já descrita neste trabalho.

#### b) Estrutura e funcionamento do conselho

De acordo com a Resolução nº 333 do CNS de 2003 os governantes garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa.

Durante as visitas para realização da pesquisa podemos verificar que o conselho funciona em um anexo da secretaria de saúde do estado, possuindo duas salas para funcionamento, sendo que a primeira sala funciona como secretaria executiva do conselho e a segunda sala fica destinada para reuniões e atendimentos mais reservados às pessoas que procuram o Conselho. Detectamos ainda, que o conselho possui mesas, cadeiras, armários, arquivos, telefone, computadores e materiais de expediente para o seu funcionamento, sendo garantida assim, a estruturação administrativa mínima para o seu funcionamento.

Não constatamos nenhuma Lei ou regulamentação que garanta a dotação orçamentária do Conselho. Assim como não encontramos nenhum documento que indique que o conselho ordenou alguma despesa no período estudado, o que pode nos levar a deduzir que as despesas do conselho com água, luz, telefone e outros serviços sejam pagas pela secretaria de estado da saúde, contrariando a legislação vigente, pois os conselhos devem ter dotação orçamentária e gerirem suas próprias despesas.

Relativamente à análise de prestação de contas da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima, percebemos que nos anos de 2008 e 2009 não foram realizadas pelo Conselho e que somente no ano de 2010 na 10.<sup>a</sup> reunião Ordinária do Conselho foi feita a prestação de contas. Este fato não passou despercebido por alguns conselheiros, como percebemos na fala do Conselheiro representante do segmento de Gestores:

o relatório fala que a Comissão apenas sugere que as contas não sejam aprovadas, e se as mesmas tratam do exercício de 2008 e 2009, não entende a

razão de não terem sido aprovadas na época por membros do Conselho daquele período.

Relativamente ao controle da frequência dos conselheiros pelo segmento, constatamos que somente o Conselho Regional de Medicina solicitava através de ofício a frequência de seu representante no conselho. Este fato se torna relevante pelo fato de não encontrarmos nos arquivos do Conselho nenhum documento dando resposta ao segmento. O Regimento Interno do Conselho prevê que para o funcionamento das reuniões é preciso que se estabeleça uma frequência em primeira instância de 50% mais um de seus conselheiros e que os conselheiros que faltarem a cinco das reuniões e não enviarem seus suplentes ou não apresentarem justificativa serão destituídos e substituídos por outro representante do segmento.

Durante a pesquisa tivemos acesso ao Ofício 12 de 27/01/10 da Secretaria Municipal de Cantá solicitando apoio para montar a base do Conselho Municipal de Saúde do Município. Não encontramos nenhum documento que respondesse a solicitação feita. Ressaltamos que é competência dos Conselhos Estaduais estruturarem e prestarem assessoria na criação de conselhos Municipais.

c) Capacitação de conselheiros

Com relação à capacitação de Conselheiros no ano de 2008 encontramos a portaria 1183 que autoriza o deslocamento de conselheiros municipais para participarem da etapa final do projeto de sensibilização das lideranças do movimento popular de saúde e de conselheiros do Estado de Roraima. Em 2009 não encontramos nenhum relato ou documento que mencionasse alguma capacitação de conselheiros no período. No ano de 2010 encontramos o ofício de nº 242 da Secretaria de Saúde do Município de Iracema, o ofício 618 da Secretaria de saúde do Município de Alto Alegre e o ofício 012 da Secretaria de saúde do Município de Uiramutã que solicitavam do Conselho Estadual de Saúde capacitação de conselheiros de saúde de seus conselhos municipais.

Apesar de ter sido solicitado pelos conselhos, não encontramos registros de nenhum documento dando a resposta positiva aos Conselhos Municipais para estas capacitações. Esta atitude vai de encontro ao que preconiza a legislação do CNS no que tange a treinamento de conselheiros nos municípios, pois afirmam que é de responsabilidade dos conselhos estaduais capacitarem os conselheiros dos municípios, assim como é de responsabilidade do CNS realizar treinamentos de capacitação aos conselheiros Estaduais.

#### 4.4.2. Discussão dos Resultados das respostas do questionário

A etapa de recolha dos questionários distribuídos aos conselheiros foi dificultada durante a pesquisa por parte dos conselheiros que solicitaram um tempo maior para entregarem os questionários respondidos e por mudanças na estrutura política da Secretaria de Estado da Saúde - SESAU-RR. Apesar destes entraves a pesquisa foi desenvolvida e os resultados são apresentados e organizados de acordo com os seguintes tópicos para avaliação: a) Dados de Identificação dos Conselheiros

b) Dados de estrutura e funcionamento do Conselho, e c) Dados de capacitação de Conselheiros.

##### a) Dados de identificação dos Conselheiros

Os resultados relativos ao perfil dos conselheiros indicam que 71% dos conselheiros são do gênero masculino e 29% são do gênero feminino, constituindo uma desigualdade de representação com relação ao gênero entre a população estudada.

De acordo com as diretrizes do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres de 2008, o ideal do equilíbrio de poder entre homens e mulheres encontra-se plasmado em diferentes instrumentos internacionais de afirmação de direitos, como no consenso que emergiu da X Conferência da Mulher Latino-Americana e Caribenha realizada em Quito, em 2007. Neste documento a paridade política é colocada como elemento central à realização do princípio da igualdade nestes países. Trabalhar para ampliar a participação das mulheres nos espaços de poder e decisão é trabalhar para consolidar e aperfeiçoar a democracia brasileira.

Os dados relativos ao estado civil revelam que 72% dos Conselheiros são casados, 14% são divorciados e 14% são solteiros havendo, portanto uma predominância de conselheiros que estão casados.

Quanto à distribuição em faixa etária 14% estão na faixa etária de 20 a 30 anos, 29% na faixa etária de 31 a 40 anos, 43% na faixa etária de 41 a 50 anos, 14% na faixa etária de 51 e mais anos. Se juntarmos as duas últimas faixas etárias obteremos 57% de representantes da pesquisa que estão concentrados numa faixa etária que historicamente têm experiências de vida, de estudos e valores culturais que poderiam influenciar na tomada de decisões perante os mais jovens.

Quanto à característica étnica, 57% dos conselheiros são da cor parda, 29% são da cor branca e 14% são indígenas. Chama-nos a atenção o fato de ter apenas 14% de representantes indígenas no conselho, visto que no Estado existem diversas etnias e uma grande parte da população ser indígena ou descendente de indígena.

Quanto à escolaridade 7% possui 1º grau incompleto, 29% possui 2º grau completo, 50% possuem superior completo e 14% possuem pós-graduação. Estes dados revelam que a maioria dos representantes do conselho possui um grau de estudo elevado, o que pode facilitar no entendimento das discussões realizadas no conselho.

Dos conselheiros entrevistados, 64% são do segmento de trabalhadores da saúde, 18% trabalham no comércio, 9% na educação e 9% na área militar. Estes dados demonstram a não paridade dentro do conselho, pois 64% são trabalhadores da saúde, contrariando o regimento interno do Conselho. Ainda revela atenção o fato de 9% dos conselheiros representarem o segmento da educação e não estarem contemplados no quadro de composição do conselho estabelecido no regimento interno de criação do conselho.

No que diz respeito à existência de secretaria executiva, 100% dos conselheiros afirmaram que o Conselho possui, o que está de acordo com o Regimento Interno do Conselho que em seu art. 12, relativamente a organização do Conselho, estabelece em seu inciso III que o mesmo tenha Secretaria Executiva.

Relativamente à existência de regimento interno no Conselho, apesar de 72% dos conselheiros responderam afirmativamente que o conselho possui regimento, no entanto, 7% responderam que não existia regimento interno e 21% dos conselheiros responderam que não sabiam se existia regimento interno no conselho. Estes dados revelam o descaso com que é tratada a participação de alguns conselheiros no conselho, pois é alta a percentagem de conselheiros que não conhecem o regimento interno do conselho. Analisando a situação, fica difícil acreditar na decisão de um conselheiro que se quer conhece as regras estabelecidas para funcionamento do conselho.

Relativamente a existência de dotação orçamentária para o conselho, 14% dos conselheiros responderam que sim, 7% responderam que não existe dotação orçamentária e (11) 79% dos conselheiros responderam que não sabiam se existia dotação orçamentária.

Na 5.ª CES-RR fica claro a não fixação de orçamento para os Conselhos de saúde quando analisamos o que expressa no relatório final da conferência em uma de suas propostas que o CNS:

deve criar um modelo de política pública que fixe a dotação orçamentária e o repasse da gestão financeira para o controle dos demais conselhos de saúde da federação.

No Brasil, a Lei 8142/90 e a Resolução n.º 333 do CNS expressam que os Conselhos devem ser mantidos com orçamentos próprios advindos do poder executivo, seja da União, dos Estados ou Municípios. Os dados do estudo revelam que apenas 14% dos conselheiros sabem da existência de dotação orçamentária no conselho. Isto revela uma preocupação no sentido de constatarmos que os conselheiros não estão realizando a fiscalização nem das contas do Conselho, o que pode nos levar a deduzir que também não estejam realizando a fiscalização das contas e ações de saúde desenvolvidas pela secretaria de Estado da Saúde.

Com relação à convocação das reuniões, 13 (93%) afirmaram que as reuniões eram convocadas com antecedência, o que cumpre com a legislação vigente e apenas 1 (7%) responderam que eram agendadas mensalmente.

No que diz respeito a quem definia os assuntos a serem discutidos e apreciados nas reuniões do Conselho, 64% dos conselheiros responderam que era o secretário de saúde e 36% a secretária executiva.

De acordo com o Regimento Interno do Conselho, não é competência da Secretária Executiva definir os assuntos das reuniões. Esta tarefa deverá ser desenvolvida pelo presidente do Conselho em consonância com os demais Conselheiros. O ideal é que na última reunião do ano já se estabeleça o cronograma das reuniões do ano seguinte com pautas já previamente definidas com os assuntos mais comuns de discussões de todos os anos, como por exemplo, o relatório de gestão, Planejamento Plurianual e outros. Os demais assuntos de discussões deverão emanar de solicitações do Secretário de saúde, dos próprios Conselheiros e da sociedade civil organizada.

Relativamente à divulgação das reuniões na comunidade 21% dos conselheiros responderam que não sabiam e 79% responderam que as reuniões não eram divulgadas na comunidade. Estes dados revelam uma contradição ao que preconiza a resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde em seu capítulo XXI das competências dos Conselheiros:

estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, data e local das reuniões.

Estas competências são reforçadas no Estado na 5.<sup>a</sup> CES-RR, quando fica proposto que o Conselho Estadual de saúde deve:

realizar encontros e/ou reuniões itinerantes, garantindo a participação das associações de moradores e outras organizações da sociedade civil;

Criar um calendário comum de reuniões regionais itinerantes entre os Conselhos Municipais de Saúde, com a participação do Conselho Estadual e Secretários de Saúde;

De acordo com a resolução 333 as reuniões plenárias são abertas ao público.

Neste estudo, detectamos que 86% dos conselheiros responderam que as reuniões eram abertas à participação da comunidade e apenas 14% responderam que não sabiam se as reuniões eram abertas ao público. Neste caso, ainda há conselheiros que não sabem se as reuniões são abertas ao público, quando 100% dos conselheiros deveriam inclusive realizar a divulgação da agenda das reuniões do conselho na comunidade e dar ciência da livre participação pelos membros da sociedade.

Quanto ao segmento que o conselheiro representa no conselho, 21% são representantes do segmento de trabalhadores da saúde, 21% de representantes do governo, 29% de representantes do segmento de usuários e 29% do segmento de prestadores de serviço.

Os dados do estudo revelam que o Regimento Interno do Conselho com relação a sua composição, não é respeitado, pois o mesmo recomenda que o Conselho seja constituído com 50% das vagas destinadas para representantes de entidades de usuários do SUS, 25% de entidades de profissionais de saúde e 25% de prestadores de serviço público e privado.

Quanto ao conhecimento do segmento sobre seu representante no conselho, verificamos que 100% dos Conselheiros responderam que o segmento sabe quem lhe representa no conselho. Os dados revelam o cumprimento da legislação vigente, pois podem revelar que, por exemplo, os conselheiros foram eleitos em seus segmentos, fazem divulgação das decisões do Conselho dentre outros. Assim, se ocorre eleição, divulgação das reuniões no segmento, pressupõe que todas as pessoas daquele segmento conheçam quem lhe representa no Conselho.

Relativamente à forma de como foi eleito conselheiro, 79% responderam que foi indicação de seu chefe, 7% que foi por indicação política e 14% por eleição no segmento. Estes dados são preocupantes, pois apenas 14% dos Conselheiros foram eleitos pelas pessoas de seu segmento. Este fato vai de encontro ao que recomenda o relatório da XII Conferencia Nacional de Saúde que preconiza um processo democrático de votação no segmento para escolha de conselheiros. Neste sentido, a resolução 333 ainda vai mais além ao preconizar que o Presidente Conselho seja eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

Acerca da questão do Presidente do Conselho de Saúde ser eleito, existe uma polêmica quanto ao fato de haver Conselhos em que o Presidente é nato, sendo ele o

Secretário de Saúde, por se acreditar que existiria um conflito, uma vez que nesta função estaria fiscalizando e deliberando sobre sua própria gestão.

Outro aspecto favorável à eleição do Presidente é que este fator representa elemento essencial para o fortalecimento da democracia, uma vez que sendo o Presidente nato estaria ferido o Princípio da Isonomia, constitucionalmente previsto no artigo 5.º, *caput*, da Lei Maior, por se inviabilizar o igual direito de concorrer a funções num órgão que tem seu fundamento constitucional a participação popular.

O Decreto Presidencial n.º 5.838, de 11 de julho de 2006, em seu artigo 6.º, definiu o processo eleitoral para o Presidente do CNS, de forma inédita, consoante abaixo se lê:

Art.º 6.º O Presidente do CNS será eleito, entre os conselheiros titulares, em escrutínio secreto, na reunião em que tomarem posse os novos membros, votantes somente os membros titulares.

Assim, a eleição do Presidente do CNS representa um avanço importante no processo de democratização e fortalecimento do controle social, que deve refletir nos conselhos de todo o país. Neste sentido, o Presidente do CNS, Batista Júnior (2006), afirmou que:

a eleição por si só não resolve tudo, mas, com certeza, o fim da obrigatoriedade de que a presidência do conselho esteja atrelada à gestão vai contribuir positivamente para dar mais autonomia à atuação do Conselho, aprimorando o exercício do controle social.

Na 5.ª CES-RR de 2007, uma das reivindicações era que o Presidente do Conselho Estadual de Saúde de Roraima fosse eleito entre os seus pares, decorridos três anos da conferência percebemos que o presidente do Conselho é o Secretário de saúde e que não houve eleição para a presidência do Conselho.

Relativamente à homologação das decisões pelo poder executivo, 11(79%) dos conselheiros responderam que sim e três (21%), responderam que não sabiam. Isto é preocupante, pois todos os conselheiros deveriam ter ciência do resultado final das decisões que ele mesmo tomou dentro do Conselho. Relativamente a esta questão, o CONASS, através da Resolução n.º 333 em seu capítulo XII afirma que:

o Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As Resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor do Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

A Constituição Federal no art. 77, redação dada pela Emenda Constitucional n.º 29/2000, assim dispõe:

os recursos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de fundo de saúde que será acompanhado e fiscalizado por conselho de saúde.

O fundo é uma modalidade de gestão de recursos e não uma pessoa jurídica. A natureza do fundo é financeira e contábil. Dispositivos constitucionais e legais comprovam esse fato.

A gestão do fundo de saúde se faz sob a supervisão do Conselho de Saúde. Se os recursos do SUS não estiverem unificados em um só caixa, a sua dispersão embarçará a ação fiscalizadora do Conselho de Saúde (§ 3.º do artigo 77 da C.F de 1988).

O Decreto n.º 1.232, de 30 de agosto de 1994, dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do fundo nacional de saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Relativamente ao Fundo Estadual de saúde, detectamos que (71%) dos conselheiros não conhecem o Fundo Estadual de saúde e 29% responderam que conhecem. Os dados são preocupantes, pois a maioria dos conselheiros (71%) não sabe da existência do Fundo de Saúde e, portanto nos leva a afirmar que não realizam fiscalização da aplicação dos recursos destinados pela união para serem gastos nas ações de saúde do Estado.

De acordo com o Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde, as reuniões ordinárias do Conselho acontecem uma a cada mês no ano e as extraordinárias, sempre que houver necessidade, de acordo com definição do plenário do Conselho. No estudo, verificamos que 86% dos Conselheiros participaram das reuniões com uma frequência de uma por mês e 14% a uma a cada dois meses. Ou seja, com relação à frequência de uma por mês, a maioria dos conselheiros está cumprindo com o regimento interno, enquanto que 14% dos conselheiros não estão. Estes dados ainda nos revelam a não ocorrência de reuniões extraordinárias, pois de acordo com os resultados, a maior parte (86%) dos conselheiros participou apenas de uma reunião por mês que a princípio já fica definida pelo Regimento Interno, restando somente definição da data a ser realizada a cada mês.

A NOAS de 2002 fixou que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros de programação, em sintonia com a Agenda de Saúde e Metas Nacionais, sejam discutidos no âmbito da CIB com os gestores

municipais, aprovados pelos Conselhos Estaduais e implementados em fóruns regionais e/ou microrregionais de negociação entre gestores.

Relativamente à pergunta do conhecimento da Agenda Estadual de saúde pelos conselheiros, 93% dos conselheiros responderam que não conheciam a agenda de saúde de seu estado e apenas 7% responderam que conheciam. Assim, percebemos que os Conselheiros não atendem a legislação vigente, pois a Agenda de Saúde norteia as ações políticas de saúde do Estado e deve ser construída com a participação dos próprios conselheiros e deve ser aprovada pelo Conselho.

O regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde de Roraima em seu art.º 3.º, relativamente as atribuições e competências do Conselho, em seu inciso VI preconiza:

deliberar previamente sobre aplicações de recursos oriundos do orçamento próprio do Estado, propondo critérios e fiscalizando as programações e execuções orçamentárias do Fundo Estadual de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde no sentido de que a meta a ser alcançada como contra partida seja no mínimo 10% dos recursos próprios do Estado.

Os dados do estudo revelam que 79% dos Conselheiros responderam que realizavam prestação de contas e 21% responderam que não. Ainda percebemos uma parcela pequena de conselheiros que não realizam a prestação de contas. O ideal é que todos os conselheiros fiscalizem e realizem as prestações de contas com a saúde.

A Lei do Plano Plurianual (PPA) é editada a cada quatro anos e determina as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para um período de quatro anos, que se inicia no segundo ano do mandato do governante (presidente da República, governador ou prefeito) e encerra-se no primeiro ano de mandato do governo seguinte (Brasil, 2007).

Relativamente à existência de Plano Plurianual Estadual de Saúde, 93% dos Conselheiros afirmaram conhecer o plano e apenas 7% responderam que não conhecem. O fato é positivo, pois demonstra que a ação de saúde desenvolvida pelo estado possui um planejamento antecipado e não são desenvolvidas de forma intempestiva sem uma previsão previa do que pode ocorrer de demandas de saúde ao longo de cada ano.

Relativamente à realização de fiscalização dos serviços de saúde local pelos conselheiros, 79% dos conselheiros afirmaram que não realizam a fiscalização e 21% responderam que realizam. Apesar de 100% dos conselheiros afirmarem que sabem de seu papel como conselheiro, os dados do estudo revelam que há contradição, pois

79% destes não realizam fiscalizações das ações de saúde no sistema local, uma função estabelecida em lei para os conselheiros de saúde.

No que diz respeito à realização de conferência estadual de saúde, 93% dos conselheiros responderam que sim e 7% responderam que não. A realização das conferências de saúde é garantida pela Lei 8142/90 que em seu inciso 1º determina:

a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

A totalidade (100%) dos conselheiros respondeu que sabem o que é controle social, no entanto, nas respostas de conhecimento das leis e princípios do SUS foram poucas as respostas positivas no sentido de conhecimento da legislação do SUS. Isto revela que o conhecimento do controle social é superficial pelos conselheiros, necessitando de investimentos na educação permanente de conselheiros recomendada na 5ª CES/RR.

Relativamente à participação do conselheiro em algum curso de capacitação de conselheiro, 100% dos conselheiros responderam que não participaram. Este dado é preocupante, visto que a recomendação do Conselho Nacional de Saúde seja que todo conselheiro ingressante para os conselhos de saúde passem por uma capacitação para desenvolvimento de suas funções. Ainda torna-se mais relevante, pelo fato de entendermos que as funções do conselheiro, principalmente as relativas à legislação ficarem difíceis de serem desenvolvidas a contento sem o conhecimento mínimo de suas funções como conselheiro.

No que diz respeito ao conhecimento pelos conselheiros das leis e os princípios do SUS, 79% afirmaram que conhecem as leis e princípios do SUS e 21% afirmaram não conhecer. Ressalta-se que 100% dos conselheiros deveriam conhecer as Leis e princípios que regem a saúde do Estado e do País. Assim, fica difícil acreditar que o Conselheiro possa desempenhar suas funções corretamente sem que ele conheça a priori a regulamentação da saúde que deverá ser utilizada no País e no Estado.

As capacitações para conselheiros Municipais de saúde de acordo com o Conselho Nacional de saúde são de responsabilidade dos Conselhos Estaduais de Saúde. Relativamente a esta questão, os dados do estudo revelam que 93% dos conselheiros não participaram de nenhuma capacitação para conselheiros de saúde Municipais e apenas 7% afirmaram que participaram. Este dado, comparado ao dado de que os conselheiros em sua totalidade (100%) não receberam capacitações para o

exercício de suas funções como conselheiro é preocupante, pois percebemos que nos três níveis (União, Estados e Municípios), não se cumprem a legislação vigente no país.

Relativamente à realização de algum treinamento para capacitar a comunidade, 93% dos conselheiros afirmaram que não participaram de nenhuma ação que promovesse o empoderamento da comunidade com relação às questões de saúde da população e 7% responderam que sim. Os dados revelam que os conselheiros não respeitam o que preconiza a resolução n.º 333 do CNS em sua 5ª diretriz, relativamente às competências dos Conselhos de Saúde, aonde regulamenta em seu capítulo XXII que os Conselhos devem:

apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos de 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.

#### 4.4.3. Discussão dos resultados da pesquisa documental e das respostas do questionário

Neste tópico teceremos considerações relativamente ao cruzamento das respostas dos conselheiros e da pesquisa documental com o objetivo de esclarecermos algumas dúvidas com relação às atividades desenvolvidas pelos conselheiros. Deixamos explícito que o tópico não tem finalidade de colocar em choque ou contraprova as respostas dos conselheiros com qualquer documento analisado. O principal foco é buscar um melhor entendimento dos dados, de forma a proporcionar ao leitor um melhor entendimento do estudo.

Para apresentação dos resultados comparativos se estabeleceu os seguintes tópicos para avaliação: a) Dados de criação e organização do conselho, b) Dados de estrutura e funcionamento do Conselho, e c) Dados de capacitação de Conselheiros.

##### a) Dados de criação e organização do conselho

Percebemos ao analisarmos os dados recolhidos na pesquisa documental e nas respostas dos conselheiros que o Conselho possui secretaria executiva, está fundamentado em lei de criação e funciona em duas salas anexas à Secretaria de Estado da Saúde. Detectamos que o conselho não possui um serviço de arquivo que

satisfaça as exigências legais de guarda de documentos em arquivo ativo por cinco anos e em arquivo inativo por 20 anos.

No orçamento do Ministério da Saúde desde 2008, existe um planejamento de investimento que se estende até o ano de 2011 para fortalecimento da participação social em saúde que contempla o investimento em estrutura física e material para os conselhos de saúde. Resta, portanto, o Conselho de Saúde saber as formas legais de transferências para estas ações e executá-las.

b) Dados de estrutura e funcionamento do Conselho

Revelam-se nos dados recolhidos na pesquisa documental e nas respostas dos conselheiros que o Conselho não possui dotação orçamentária própria. Ressalta-se que é de competência dos poderes (União, Estados e Municípios) destinarem recursos para o financiamento das ações dos Conselhos de saúde. Este assunto foi discutido na 5ª CES de 2007 e ficou pactuado que se criasse um sistema de política pública que transferisse os recursos diretamente para os Conselhos e que estes fossem o gerenciador destes recursos com fiscalização dos conselheiros.

c) Dados de capacitação de Conselheiros.

Percebemos ao analisarmos os dados recolhidos na pesquisa documental e nas respostas dos conselheiros que o Conselho não possui um plano de capacitação para seus Conselheiros e nem para os Conselheiros Municipais de saúde. Ainda destaca-se que não existem ações desenvolvidas para capacitação da comunidade em ações de saúde. Estes dados nos levam a afirmar que a legislação está sendo descumprida e que o conselho necessita de um plano emergencial para educação de seus conselheiros e de membros da comunidade. Nesta perspectiva, este estudo em seu capítulo cinco irá propor recomendações de ações com vistas a educação para saúde na comunidade e para os membros do conselho.

Os dados do questionário demonstraram que os conselheiros de saúde não receberam nenhuma capacitação para o exercício de suas funções, e isto fica bem claro na fala do conselheiro representante do segmento dos profissionais de saúde na Ata da 10.ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde de Roraima, aonde o representante fala:

a função principal do Conselho é o controle social e que a Comissão dos Conselheiros é composta por pessoas comuns, que não são treinados em Auditoria com conhecimento mais profundo pra isso, por essa razão não cabe ao Conselho essa função.

Analisando a fala do conselheiro, fica explícito a necessidade de capacitação dos membros do Conselho a respeito das Leis que regem a política de saúde nacional. Relativamente à questão de o Conselheiro não saber de Auditoria e inviabilizar o exercício de suas funções, não percebemos como a melhor decisão, pois pode os Conselhos de Saúde, de acordo com a Resolução n.º 333 do CNS, desde com a devida justificativa, buscarem auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.

## **5. – CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES PARA A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

### **5.1. – Introdução**

Neste capítulo são apresentadas as conclusões da investigação e suas implicações mais diretas (5.2.) e algumas sugestões tanto em termos de ação pedagógica relacionada com a educação para a saúde (5.3.) como para futuras investigações (5.4.).

### **5.2. – Conclusões e implicações diretas do estudo**

O estudo em causa tinha como objetivos gerais avaliar o controle social e a política de educação permanente do Conselho de Saúde do Estado de Roraima. Assim, foram estabelecidos os objetivos específicos que buscaram cumprir o proposto nos objetivos gerais.

O resultado desta análise permitiu traçar considerações positivas no sentido de promover para o Conselho um leque de sugestões que possa contribuir para o desenvolvimento de ações interventivas a favor do fortalecimento do controle social e da educação permanente em saúde para conselheiros e membros da comunidade do Estado de Roraima.

Para avaliar as ações desenvolvidas pelo conselho com vistas ao exercício do controle social e da educação permanente, realizou-se recolha de dados de documentos produzidos, organizados nos seguintes tópicos: a) Dados de criação e organização do conselho, b) Dados de estrutura e funcionamento do Conselho, e c) Dados de capacitação de Conselheiros. Aplicou-se um questionário com questões fechadas e abertas, que foram organizadas conforme os seguintes tópicos: a) Dados de Identificação dos Conselheiros b) Dados de estrutura e funcionamento do Conselho, e c) Dados de capacitação de Conselheiros. Na tentativa de explicitar uma melhor compreensão do estudo fez-se um comparativo entre os resultados dos dados da pesquisa documental e das respostas do questionário aplicado aos conselheiros.

Conclui-se assim que o Conselho em estudo:

a) Quanto à estrutura e organização:

- Não possui uma sede própria e nem um sistema de arquivo organizado que possa comportar os documentos produzidos pelo conselho, de forma que

permita o livre acesso pelos cidadãos que por ventura vierem a requisitar os dados referentes ao funcionamento do conselho;

- Que o Conselho não possui uma resolução que lhe proporcione uma dotação orçamentária própria;
- Que a Lei de criação e o Regimento Interno do Conselho já não condizem com realidade atual de saúde do Estado, necessitando, portanto de mudanças que satisfaça a exigência das leis vigente no País;
- Que no Conselho é pequeno (14%) o número de representantes indígenas;
- Que o Presidente do Conselho Estadual de Saúde de Roraima não é eleito a exemplo do presidente do Conselho Nacional de Saúde;

b) Quanto ao funcionamento do conselho

Não tem previamente estabelecido para as chefias dos segmentos o que preconiza a resolução n. 333 do CNS de 2003, que os conselheiros devem ser eleitos por voto secreto no segmento e não indicados como aponta o estudo que 79% dos conselheiros são por indicação da chefia do segmento;

- Que a maioria dos conselheiros (79%) não realiza fiscalização dos serviços de saúde local;
- Que há uma desigualdade de representação com relação ao gênero entre a população estudada;
- Não existe paridade no Conselho visto que 64% dos conselheiros entrevistados são do segmento de trabalhadores da saúde e existe segmento como o de educação que aparece nas respostas dos conselheiros e não está previsto na lei de criação do Conselho;
- Que as pautas a serem discutidas e apreciadas nas reuniões não são convocadas pelo pleno do Conselho;
- Os Conselheiros não divulgam as reuniões em seu segmento e o Conselho não possui articulação com a imprensa local para divulgação de suas reuniões, e, além disto, não segue a recomendação da 5ª CES-RR, de que o Conselho deve realizar encontros e/ou reuniões itinerantes, garantindo a participação das associações de moradores e outras organizações da sociedade civil;
- Os Conselheiros em sua maioria (71%) não sabem da existência do Fundo de Saúde e, portanto nos leva a afirmar que não realizam fiscalização da aplicação dos recursos destinados pela união para serem gastos nas ações de saúde do Estado;

- A não ocorrência de reuniões extraordinárias, pois de acordo com os resultados, a maior parte (86%) dos conselheiros participou apenas de uma reunião por mês que a princípio já fica definida pelo Regimento Interno, restando somente definição da data a ser realizada a cada mês. Este fato é contraditório, pois em nossa vivência diária percebemos que existe crise na saúde do Estado e que precisaria de reuniões extraordinárias do Conselho para se posicionar sobre as dificuldades por que passa a saúde no Estado;
  - Os Conselheiros em sua maioria (93%) não têm conhecimento da Agenda Estadual de saúde;
  - Os Conselheiros em sua maioria (93%) afirmaram conhecer o Plano Plurianual Estadual de Saúde, representando uma contrariedade relativamente ao conhecimento da Agenda Estadual de Saúde, aonde 93% dos Conselheiros afirmaram que não tem conhecimento. Este fato é curioso, pois a Agenda Estadual de Saúde é construída com base no Plano Plurianual de Saúde.
  - A não realização de projetos pelo Conselho para a viabilização de recursos para o Conselho;
- c) Quanto à capacitação de conselheiros
- Não há uma política de educação permanente pautada nas diretrizes do Conselho Nacional de Saúde;

Neste sentido, identificaram-se como áreas de intervenção, a melhoria das condições de instalações para o Conselho com vistas a desenvolverem projetos que viabilizem recursos do Ministério da Saúde para a construção e equipamento de uma sede própria do Conselho, a mudança na Lei de criação e no Regimento Interno do Conselho para atender a legislação Nacional e as condições de saúde do Estado, o desenvolvimento pelo Conselho de uma política de educação permanente para os conselheiros que respeite as diretrizes da política de educação permanente do CNS para conselheiros de saúde e que promova ações de fortalecimento do controle social no Estado.

As recomendações e sugestões apresentadas no item 5.3 deste trabalho têm como objetivo contribuir para o fortalecimento do controle social no Conselho e conseqüentemente no Estado de Roraima, tendo como base o exercício da educação permanente para os conselheiros de saúde e demais pessoas envolvidas no controle social do Estado. Estas recomendações exigem dos conselheiros, gestores e demais pessoas envolvidas neste processo, o desenvolvimento de atitudes e comportamentos

que visem a promoção da saúde com participação da comunidade. É sabido que mudar atitudes e comportamentos é um processo difícil e que leva tempo, sendo fundamental uma abordagem integrada que afete as várias dimensões das causas do problema em que se pretende intervir.

### **5.3 – Sugestões para Organização, funcionamento e educação permanente no Conselho Estadual de Saúde de Roraima.**

Após análise dos resultados do estudo, apresentamos considerações que acreditamos ser pertinente para organização, funcionamento do conselho e educação permanente no Conselho.

Nesta perspectiva, faremos as considerações baseados na literatura estudada e principalmente na resolução n. 333 do CNS de 2003 e no Regimento Interno do CES-RR.

#### **5.3.1. Considerações relativamente a Organização do Conselho**

Que o Conselho possua um sistema de arquivo para a guarda dos documentos. Os documentos existentes devem ser organizados pelo ano em que foi produzido. Os documentos com menos de cinco anos devem ser mantidos em arquivo vivo e os demais documentos devem ser guardados em arquivo morto por 20 anos.

Que o Conselho possua uma pequena biblioteca ou arquivo com os documentos abaixo relacionados, para que sirvam de fonte de informação para os conselheiros e demais membros da comunidade:

- Resolução n.º 333 do CNS de 2003.
- Leis Federais n.º 8.080 e 8.142/90
- Cadernos de capacitação e formação de conselheiros série histórica que trata do funcionamento, organização, competências e papel do Conselho.
- Relatório das Conferências Nacionais de Saúde, principalmente o da décima primeira, série histórica referente à prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS, assim como, os relatórios das conferências Estaduais de saúde.
- Acesso aos Instrumentos de Planejamento e Orçamento da Gestão Municipal

- Plano Pluri Anual – Lei de Diretrizes Orçamentária -- Lei Orçamentária Anual, Agenda Estadual de Saúde, pois são estes instrumentos que definem o orçamento e o planejamento das ações de saúde para o Estado, para que possam ter poder de intervenção na construção das prioridades para a saúde, bem como na definição de orçamento.
- Acesso a Emenda Constitucional 29, já regulamentada, para que possam acompanhar as transferências do governo Federal previsto na referida Emenda para a saúde.
  - Acesso ao Plano Diretor de Regionalização e a Programação Pactuada Integrada que definem a organização da rede de assistência e a referencia e contra referencia no Estado. Como instrumentos de discussão para os conselheiros atuarem conhecendo as definições da Comissão Intergestores Bipartite.
  - Acesso ao Fundo Estadual de Saúde e a Lei de sua criação, para acompanhar as transferências intergovernamentais (federal e municipal) para as contas do Fundo Estadual de Saúde, para atenção básica, ações de saúde da mulher, da criança, etc.
  - Acesso ao documento do pacto de indicadores, para interagir e propor ações que efetivem o Pacto de Indicadores no Estado.
  - Acesso a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001 e NOAS 2002) para debate e conhecimento dos conselheiros sobre as resoluções em relação às formas de habilitação dos municípios e dos estados nas condições de gestão previstas nestas Normas.

Relativamente à criação do Conselho, recomenda-se que a Lei Estadual seja revista na perspectiva de proporcionar um aumento no número de segmentos a terem assentos no Conselho, ficando recomendado a inclusão do segmento de educadores no Estado que não estão contemplados em seu texto original e aparecem compondo o Conselho quando da realização da pesquisa. Outro fator que deve ser corrigido com a mudança da Lei é relativamente à paridade no Conselho, que conforme a pesquisa não está condizendo com o que preconiza a legislação vigente no país.

Ainda com relação à adequação da Lei de criação do Conselho, seria um avanço importante no processo de democratização e fortalecimento do controle social a determinação de eleição do presidente do Conselho Estadual de Saúde entre os Conselheiros efetivos por voto secreto. Este ato com certeza iria contribuir de maneira significativa para o fortalecimento do controle social, uma vez que a presidência do

órgão não estava atrelada a gestão do sistema de saúde e supostamente teria mais autonomia na atuação do Conselho. Outro fato importante seria a recomendação do cumprimento da resolução 333 do CNS de 2003, aonde frisa que os conselheiros devem ser eleitos por voto secreto no segmento e não indicados por chefias.

Relativamente a mudanças no Regimento Interno, fica recomendada a criação da comissão de educação permanente no Conselho Estadual de Saúde de Roraima, a exemplo do que ocorre em outros conselhos Estaduais do Brasil. A comissão deverá ter como intuito inicial, propor a metodologia e elaboração de normas técnicas relativas ao funcionamento da Política de Educação Permanente de Conselheiros em consonância com as diretrizes Nacional e Estadual aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

#### 5.3.1. Recomendações relativamente ao Funcionamento do Conselho Estadual de Saúde de Roraima

- Que as reuniões do conselho sejam abertas ao público e divulgadas as datas de sua realização na comunidade, tendo como veículo principal de comunicação os próprios conselheiros, o sistema de comunicação da SESA/RR e a imprensa escrita, de rádio e de televisão local.
- Que a pauta de reuniões seja definida pelos segmentos representados no conselho através de seus conselheiros.
- Que o conselho providencie uma reformulação do regimento interno atualizando-o para a atual realidade do Conselho. Deve-se garantir a paridade no Conselho, aumentando seus segmentos, ficando como sugestão a manutenção do segmento de educadores do Estado e a incorporação de mais uma vaga para os representantes indígenas, respeitando a nova organização do Ministério da Saúde através da Secretaria Especial de Saúde Indígena no Estado, dividindo a assistência à saúde em Distritos: O Distrito Sanitário Yanomami e o Distrito Sanitário Leste representados pelos indígenas Macuxis.
- Que a comunicação com outras instituições seja feita por ofício e que cópias dos mesmos fiquem arquivada no conselho.
- Que o conselho solicite a Secretaria Estadual de Saúde dotação orçamentária e realize prestação de contas aos membros do conselho;
- Que o conselho realize fiscalização dos gastos e das ações de saúde no Estado;

- Que o conselho participe da discussão na construção da agenda Estadual de saúde;
- Que o Plano Estadual de Saúde seja apresentado ao Conselho para apreciação, com prazo para sugestões, proposições dos membros do Conselho.
- Que o relatório de Gestão anual seja apresentado ao Conselho para apreciação e posterior aprovação ou modificações.
- Que o conselho elabore e aprove uma agenda de temas básicos, para o ano em exercício, que contemple as necessidades dos segmentos do conselho, de forma que a cada mês seja incluído um tema para debate na reunião ordinária, sem prejuízo da agenda mensal. Como por exemplo: recursos para saúde no Estado, financiamento da saúde, emenda constitucional 29, violência contra a mulher, saúde indígena, atuação das Estratégias de Saúde da família, saúde para jovens e adolescentes, assistência humanizada à mulher e recém-nascido, levando em consideração a importância dos temas e as necessidades da população, para a agenda não ser apenas para dar respostas pontuais, e servir como instrumento de avaliação e planejamento das ações, bem como estimular a participação da população e dos conselheiros nas discussões de outros temas, como: organização da atenção e da gestão da saúde; princípios do SUS: integralidade, equidade e universalidade, como desafios para consolidação do SUS;

#### 5.3.2. Recomendações relativamente a Educação Permanente de Conselheiros e membros da Comunidade

- Que o conselho articule-se com o conselho Nacional de saúde para providenciar o curso introdutório de capacitação aos conselheiros da gestão atual, observando a possibilidade de realização do curso no próprio Estado nos moldes das oficinas propostas neste estudo.
- Que o Conselho articule com as chefias dos segmentos no sentido de proporcionar a capacitação dos cidadãos do segmento nos moldes das oficinas propostas neste estudo;

- Que as Conferências Estaduais de Saúde sejam realizadas e coordenadas pelo Conselho e Gestão como forma de fortalecimento do Controle Social e da participação da sociedade na construção das políticas de saúde para o Estado.
- Que a gestão proporcione encontros e debates com outros conselhos de Estados e municípios visando à construção de políticas intersetoriais.
- Que o Conselho cumpra a recomendação da 5ªCES-RR sobre a elaboração de cartilha e outros materiais de divulgação sobre o SUS e serviços de saúde oferecidos pelo Estado e Municípios. Ressaltando a necessidade de participação da sociedade no controle social, respeitando as especificidades loco-regionais, assim como garantir os meios de comunicação para divulgação de campanhas educativas no âmbito do SUS para esclarecimento na via rural, ribeirinhos e indígenas;

#### **5.4. – Sugestão de educação permanente para os Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde de Roraima**

Sugere-se que as atividades de educação permanente para o controle social no SUS sejam enfocadas em dois níveis: um geral, garantindo a representação de todos os segmentos, e outro específico, que poderá ser estruturado e oferecido de acordo com o interesse ou a necessidade dos segmentos que compõem os Conselhos de Saúde e os demais órgãos da sociedade.

Para promover o alcance dos objetivos do processo de educação permanente para o controle social no SUS, recomenda-se a utilização de metodologias que busquem a construção coletiva de conhecimentos, baseada na experiência do grupo, levando-se em consideração o conhecimento como prática concreta e real dos sujeitos a partir de suas vivências e histórias. Metodologias essas que ultrapassem as velhas formas autoritárias de lidar com a aprendizagem e muitas vezes utilizadas como, por exemplo, a da comunicação unilateral, que transforma o indivíduo num mero receptor de teorias e conteúdos (Brasil 2006).

Dentre os processos formais de transmissão de conhecimento com vistas à educação permanente para o controle social no SUS, encontra-se a realização de oficinas de trabalhos que podem ser desenvolvidas pelos conselheiros ao longo de suas atividades.

Uma oficina não é uma sala de aula, onde o professor expõe o assunto conforme uma ordem planejada e onde cabe aos alunos escutar e, no máximo, fazer

algumas perguntas. É um local de trabalho onde pessoas refletem sobre as suas vivências, elaboram questões e procuram soluções compartilhando experiências e procurando novas informações (Brasil, 2002).

Neste sentido, recomendamos ao Conselho Estadual de Saúde a realização de oficinas de trabalho que permita aos conselheiros uma oportunidade no atual contexto do SUS, refletirem sobre suas experiências e práticas como conselheiros de saúde e elaborarem questões relacionadas à como aperfeiçoar o controle social do SUS.

Como proposta, estabeleceremos uma distribuição de temas, que respeitarão os eixos temáticos propostos pelo documento base do Conselho Nacional de Saúde, incluindo alguns outros pontos fundamentais, considerando a realidade do Estado de Roraima. Os eixos temáticos estruturam-se da seguinte forma:

1.Contexto histórico-conjuntural:

- Análise Histórico-conjuntural do Brasil, Roraima e da Saúde
- Os conselheiros de saúde e suas realidades
- Sistema Único de Saúde e políticas Públicas atuais
- As políticas públicas de saúde no Estado de Roraima

1. Processo saúde-doença, Integralidade e Intersetorialidade:

- Conceitos de Saúde e a Integralidade
- Intersetorialidade e Saúde
- Os problemas de saúde da população e as políticas públicas

3. Estrutura e gestão do sistema de saúde:

- Legislação do SUS
- Organização do SUS
- Pacto pela Saúde: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão
- Planejamento e gestão
- Orçamento, Financiamento e prestação de contas
- Participação, Sistema Único de Saúde e controle social

4. Organização, participação social, controle social e gestão participativa:

- Concepções e fundamentos sobre participação social, e controle social
- Formas e mecanismos de participação e controle social
- Informação e Comunicação em saúde para o controle social
- Participação e controle social

5. Planejamento em saúde:

- Agenda de saúde
- Plano de saúde e quadro de metas

6. O controle das políticas e ações do SUS:

- Mecanismos de acompanhamento, avaliação e fiscalização

7. Agenda dos conselhos de saúde

8. Política de saúde indígena no Estado

As oficinas deverão ter duração de quatro horas, podendo estender-se um pouco mais para esgotar as discussões do grupo para cada eixo temático.

Recomenda-se que as oficinas tenham um monitor. O monitor não é um professor, pois a tarefa dele não é ensinar, mas buscar condições para que o grupo possa cumprir suas tarefas. Cabe a ele introduzir o tema, provocar situações que facilitem a problematização, incentivar e facilitar, quando se fizer necessário, as tentativas do grupo de resolver problemas. O monitor pode fazer perguntas, fazer interpretações, sistematizar o que os participantes falaram, mas também pode trazer novas informações, respeitando a demanda do grupo (Brasil, 2002).

Ressaltamos que as oficinas são apenas uma das estratégias que o Ministério da Saúde recomenda para a educação permanente de Conselheiros no SUS. O Ministério da Saúde ainda recomenda a utilização de dinâmicas que propiciem um ambiente de troca de experiências, de reflexões pertinentes à atuação dos Conselheiros de Saúde e dos sujeitos sociais e de técnicas que favoreçam a sua participação e integração, como, por exemplo, reuniões de grupo, plenárias, estudos dirigidos, seminários, todos envolvendo debates.

As recomendações feitas pelo Ministério da Saúde em 2006, para operacionalização das estratégias de saúde com vistas à educação permanente no SUS são:

a operacionalização do processo de educação permanente para o controle social no SUS deve considerar a seleção, preparação do material e a identificação de sujeitos sociais que tenham condições de transmitir informações e possam atuar como facilitadores e incentivadores das discussões sobre os temas a serem tratados. Para isso é importante:

- identificar as parcerias a serem envolvidas, como: universidades, núcleos de saúde, escolas de saúde pública, técnicos e especialistas autônomos ou ligados a instituições, entidades dos segmentos sociais representados nos Conselhos, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), Instituto Brasileiro de Administração Municipal (Ibam), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e outras organizações da sociedade que atuem na área de saúde. Na identificação e articulações das parcerias, deve ficar clara a atribuição dos conselhos, conselheiros e parceiros;
- realizar as atividades de educação permanente para os conselheiros e os demais sujeitos sociais de acordo com a realidade local, garantindo uma carga horária que possibilite a participação e a ampla discussão dos temas, democratização das informações e a utilização de técnicas pedagógicas para o controle social que facilitem a construção dos conteúdos teóricos e, também, a interação do grupo.

Assim, o processo proposto, especialmente, no que diz respeito aos Conselhos de Saúde deve dar conta da intensa renovação de Conselheiros de Saúde, que ocorre em razão do final dos mandatos, ou por decisão da instituição ou entidade de substituir o seu representante. Isto requer, no mínimo, a oferta de material básico informativo, uma capacitação inicial promovida pelo Conselho de Saúde e a garantia de mecanismos que disponibilizem informações aos novos Conselheiros.

#### **5.5. – Sugestões para educação em saúde no segmento a ser realizada pelos Conselheiros**

Para o empoderamento em saúde de membros da comunidade, deve-se também planejar oficinas, fóruns e utilizar meios de comunicação da comunidade para o engajamento dos diversos setores da comunidade nos processos de decisões das políticas de saúde da comunidade, baseados nos dados epidemiológicos de cada local (Brasil 2006).

Diante do resultado de que a totalidade dos conselheiros não realiza treinamentos na comunidade sobre as condições de saúde local, recomendamos que após a capacitação dos conselheiros com as oficinas propostas no item 5.4, os conselheiros realizem capacitações no segmento para discussão da política de saúde de interesse do segmento.

Assim, recomendamos que os Conselheiros desenvolvessem oficinas de trabalho em seu segmento com o objetivo de capacitar a comunidade em questões de saúde, para identificar os principais problemas de saúde e junto com os membros do segmento construam sugestões de saúde a serem discutidas no conselho e nas Conferências de saúde.

Como proposta, estabeleceremos uma distribuição de temas que acreditamos serem fundamentais para discussões no segmento, considerando a realidade do Estado de Roraima. Os temas estruturam-se da seguinte forma:

1. Os membros do segmento de saúde e suas realidades;
2. Os problemas de saúde da população e as políticas públicas;
3. Direitos e deveres dos cidadãos no SUS;
4. Planejamento em saúde: agenda, plano de saúde e quadro de metas;
5. O controle das políticas e ações do SUS: mecanismos de acompanhamento, avaliação e fiscalização;
6. Política de saúde indígena;

As oficinas deverão ter duração de quatro horas, podendo estender-se um pouco mais para esgotar as discussões do grupo para cada tema discutido e ao final ser elaborado um relatório que indique o resultado das discussões do tema com as possíveis indicações de ações de saúde que o segmento deseje que seja apresentado ao pleno do Conselho.

Recomenda-se que as oficinas tenham como monitor os próprios conselheiros que já realizaram as oficinas propostas para os referidos conselheiros neste estudo.

Ainda com relação ao empoderamento da comunidade com relação à saúde, pode-se também fazer um planejamento mensal de sessões de esclarecimentos dos problemas de saúde local com a utilização dos profissionais da saúde da família e dos conselheiros de saúde em escolas e outras entidades civis organizadas da comunidade.

#### **5.6. – Considerações sobre o processo de avaliação de educação permanente**

Cita-se a seguir as considerações feitas pelo Ministério da saúde em 2006 para a avaliação do processo de educação permanente:

Considerando os objetivos propostos pelo processo de educação permanente para o controle social no SUS, é importante garantir que as atividades de acompanhamento e avaliação sejam desenvolvidas para oferecer subsídios às etapas de adequação e aperfeiçoamento desse processo.

No que se refere à definição das atividades de educação permanente para o controle social, as estratégias adotadas devem possibilitar o acompanhamento e avaliação contínuos durante a execução e não somente no seu final, incluindo a participação dos sujeitos sociais envolvidos nesse processo.

No tocante à avaliação, esta deverá ter como base os objetivos alcançados, conteúdos desenvolvidos, metodologia aplicada, troca de experiências e, principalmente, o reflexo nas deliberações do Conselho de Saúde e participação da população na gestão do SUS. Os mecanismos de acompanhamento e avaliação adotados devem estar voltados tanto para o processo de educação permanente para o controle social no SUS em si, quanto para seus resultados.

Sobre os resultados, deve-se enfatizar a necessidade da realização de estudos que possam identificar o impacto das ações de educação permanente para o controle social no SUS, além de estudos sobre a prática, atuação e a contribuição dos

Conselheiros de Saúde e dos demais sujeitos sociais para o fortalecimento da organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde.

### **5.7 – Sugestões para futuras investigações**

Tendo em conta as limitações do estudo acima apresentadas, um dos trabalhos que seria pertinente o Conselho desenvolver passaria pela determinação de um modelo sistemático de treinamento sobre a legislação do SUS e direitos constitucionais para as pessoas que atendem na secretaria executiva do Conselho com o objetivo de que se promova um melhor atendimento a todos os cidadãos que procurarem o Conselho e evitar que não sejam violados seus direitos.

Seria também relevante investigar de que forma é que os Conselheiros alterariam o seu comportamento com relação ao exercício do controle social depois de implementadas as estratégias de educação permanente para o fortalecimento do controle social no SUS apresentadas no capítulo 5 deste trabalho.

Por fim, a investigação relativa à implementação de estratégias de Educação Permanente em saúde e de promoção da saúde para Conselheiros de saúde seria interessante, na medida em que permitiria o estudo a longo prazo deste tipo de intervenções.

Legislação consultada

Decreto n.º 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as transferências Fundo a Fundo.

CESMG, C. E. (06 de Maio de 2007). Resolução n.º 16/07. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

CESMG, C. E. (12 de Dezembro de 2007). Resolução n.º 33/07, Aprova o Regimento Interno da Comissão Especial de Educação Permanente de Conselheiros de Saúde e Agentes Sociais. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

CES-RR, C. E. (17 de Novembro de 2010). Ata da 10.<sup>a</sup> Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde de Roraima. Boa Vista, Roraima, Brasil: Conselho Estadual de Saúde.

CES-RR, C. E. (Agosto de 1994). Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde. Boa Vista, Roraima, Brasil: Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

CES-RR, C. E. (2 de Outubro de 2007). relatório final da 5<sup>a</sup> Conferência Estadual de Saúde de Roraima. Boa Vista, Roraima, Brasil: Secretaria Estadual de Saúde.

CMSF, C. M. (12 de Dezembro de 2010). A Educação Permanente em Saúde para o Fortalecimento do Controle Social no SUS: a Formação de Conselheiros e Atores Sociais. Fortaleza, Ceará, Brasil.

CONASS, C. N. (2007). *Legislação Estruturantes do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Congresso Nacional. (2003). *Constituição da República Federativa do Brasil: 1998*. Brasília: Gráfica do Congresso Nacional.

Decreto N.2787 de 18 de abril de 1995. (18 de Abril de 1995). *Fixa o número de Conselheiros e suas entidades no Conselho Estadual De Saúde de Roraima* . Boa Vista, Roraima, Brasil: Imprensa Oficial.

Decreto nº 1.232 de 30 de agosto de 1994, dispõe sobre as transferências Fundo a Fundo. (30 de Agosto de 1994). Boa Vista, Distrito Federal, Brasil: Ministério da Saúde.

Decreto Presidencial n.º 5.838, de 11 de julho de 2006. (11 de Julho de 2006). Brasília, Distrito Federal, Brasil: Imprensa Oficial.

Lei 11.732, cria a zona de processamento de exportação e área de livre comércio no Estado de Roraima. (30 de Junho de 2008). Brasília, Distrito Federal, Brasil: Congresso Nacional.

Lei Estadual n.º 017 de 25 de junho de 1992. (25 de Junho de 1992). Boa Vista, Roraima, Brasil: Imprensa de Roraima.

Lei Estadual n.º 079 de 12 de setembro de 1994. (12 de Setembro de 1994). Boa Vista, Roraima, Brasil: Imprensa de Roraima.

Lei n.º 8.142 de dezembro de 1990. Dispões sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. (1990). Brasília: Gráfica do Congresso Nacional.

Lei n.º 8689 de 27 de julho de 1993. (27 de julho de 1993). Brasília, Distrito Federal, Brasil: Ministério da Saúde.

Lei n.º 8080/1990. (1990). Brasília: Gráfica do Congresso Nacional.

Ministério da Saúde - MS. (1992). 9.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde - MS. (1986). 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

MS - Ministério da Saúde. (1986). Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

MS, M. d. (2008). *Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

MS, M. d. (2006). *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde.

MS, M. d. (2008). *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde.

MS, M. d. (2006). *Política Nacional de Educação permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

MS, Ministério da Saúde -. (1996). *10.ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996, aprova a Norma Operacional Básica - NOB 01/96. (5 de Novembro de 1996). Brasília, Distrito Federal, Brasil: Ministério da Saúde.

Portaria n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde de 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. (22 de Fevereiro de 2006). Brasília, Distrito Federal, Brasil: Ministério da Saúde.

Portaria n.º 545 de 20 de maio de 1993, Aprova a Norma Operacional Básica - NOB/SUS01/1993. (20 de Maio de 1993). Brasília, Distrito Federal, Brasil: Ministério da Saúde.

Portaria n.º 95 de 26 de janeiro de 2001. Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS/SUS 1/2001. (26 de Janeiro de 2001). Brasília, Distrito Federal, Brasil: Ministério da Saúde.

Portaria Nº 234, de 7 de fevereiro de 1992, Aprova a Norma Operacional Básica/1992. (7 de Fevereiro de 1992). Brasília, Distrito Federal, Brasil: Ministério da Saúde.

Portaria n.º 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 1/2002. (27 de Fevereiro de 2002). Brasília, Distrito Federal, Brasil: Ministério da Saúde.

Resolução CNS n.º 333 de 04 de novembro de 2004. (2004). Brasília: Ministério da Saúde.

Resolução n.º 258 de 07 de janeiro de 1991, que aprova a Norma Operacional Básica/SUS n.º 01/91. (07 de Janeiro de 1991). Brasília, Distrito Federal, Brasil: Ministério da Saúde.

## Bibliografia

Alvarez, M. (18 de Janeiro de 2004). *Controle Social: notas em torno de uma noção polêmica*. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Antunes, M. (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra: Almedina.

Baptista, T. (2007). *História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde*. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Batista, J. (12 de Dezembro de 2006). Conselho Nacional de Saúde elege presidente pela primeira vez. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Batista, R., Bortoletto, M., Domingos, C., Gonzáles, A., Lopes, M., & Muraguchi, E. R. (10 de Março de 2010). *Educação Permanente: relato de uma experiência exitosa na formação de Conselheiros Municipais de Saúde*. Londrina, Paraná, Brasil.

Bertolli, C. (2004). *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática.

Bógus, M., Capucci, P., Dmitrov, P., Donini, O., Elias, P.E.M, Filho, A.N, et al. (2 de Fevereiro de 2003). Programa de Capacitação Permanente de Conselheiros Populares de Saúde na Cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, pp. 56-57.

Bravo, M., & Matos, M. (1 de Abril de 2002). A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: Bravo, M.I.S; Potyara Amazoneida Pereira(org.). *Política social e democracia*. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil: Cortez.

Calvi, K. (18 de Abril de 2008). O controle social nos conselhos de políticas e de direitos. Ponta Grossa, Mato Grosso, Brasil.

Carvalho, A. (1995). *Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social*. Brasília: Fase.

CGU, C. G. (2008). *Controle Social: Programa Olho Vivo no Dinheiro Público*. Brasília: Via Brasília.

CMSF, C. M. (12 de Dezembro de 2010). *A Educação Permanente em Saúde para o Fortalecimento do Controle Social no SUS: a Formação de Conselheiros e Atores Sociais*. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Cohn, A. (Dezembro de 2000). Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil: Ministério da Saúde.

CONASS, C. N. (2007). *Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Cordeiro, H. (15 de julho de 2004). O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis*, pp. 343-362.

Correia, M. (2006). *Controle Social na Saúde*. Obtido em 16 de julho de 2011, de [http:// www.fnepas.org.br/pdf/ serviço\\_saude/inicio.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/serviço_saude/inicio.htm): [http:// www.fnepas.org.br/pdf/ serviço\\_saude/inicio.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/serviço_saude/inicio.htm)

Correia, M. (2003). *Que Controle Social*. Rio de Janeiro: Focruz.

Costa, J. (1989). *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon.

Costa, R. (2006). *O trabalho de projecto como estratégia para a promoção da educação alimentar no 6º ano de escolaridade. Dissertação de Mestrado (inédita)*. Braga: Universidade do Minho.

Scorel, S., & Teixeira, L. (2008). História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In L. e. Giovanella, *Políticas e Siatemas de Saúde no Brasil* (pp. 333-384). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Scorel, S., Nascimento, D., & Edler, F. (2005). As origens da reforma sanitária e do SUS. In N. Lima, S. Gershman, F. Edler, & J. Suárez, *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS* (pp. 59 - 81). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Finkelman, J. (. (2002). *Caminhos da saúde pública no Brasil./ Organizado por Jacobo Finkelman*. Rio de Janeiro: Fiocru.

Freire, P. (2001). *Política e Educação: Ensaio*. São Paulo: Cortez.

Freire, P. (2005). *Política e Educação: Ensaio*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freitas, A. (2000). *Geografia e História de Roraima*. Boa Vista: DLM.

Garland, D. (março de 1990). Frameworks of inquiry in the Sociology of punishment.

IBGE, I. B. (20 de Outubro de 2010). *senso demográfico de 2010*. BRASILIA, Roraima, Brasil.

Lacombe, D. (junho de 1996). *Reforming Foucault: a critique of the social control thesis*.

Lima, N., Fonseca, C., & Hochman, G. (2005). *A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica*. In N. G. Lima, F. Edler, & J. Suarez, *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS* (pp. 27-58). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Machado, F. (1986). *Participação Social em Saúde*. In: *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Malik, A. (1998). *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública (USP).

Mattos, R. (2003). *Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.

MS, M. D. (2006). *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde.

MS, M. d. (2002). *Cadernos de Atividades: cursos de capacitação de conselheiros estaduais de saúde*. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

MS, M. d. (2006). *O SUS de A a Z : Garantindo Saúde nos Municípios*. Brasília: Ministério da Saúde.

MS, M. d. (2006). *O SUS DE A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios*. Brasília: Ministério da Saúde.

Nascimento, J., & Rodrigues.M. (28 de Outubro de 2003). *Análise da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde dos Municípios de Amajari e Pacaraima no período de 2001 a 2003*. Boa Vista, Roraima, Brasil: Fiocruz.

Neder, C. (Julho de 1996). *Os Conselhos de Saúde. Cadernos da Abong nº15*.

Oliveira, R. (1999). *Terceira Idade: do repensar dos limites aos sonhos possíveis*. Campinas: Papirus.

OMS. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e Cuidados Primários de Saúde*. Ottawa: Canadá.

Polignano, M. (2006). <<http://internatorural.medicina.ufm.br>. Obtido em 12 de setembro de 2011, de <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf#search=%22Marcus%20Vin%C3%ADcius%20Polignano%22](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf#search=%22Marcus%20Vin%C3%ADcius%20Polignano%22)>. .

Santos, I., & B, M. (25 de Outubro de 2003). O papel do Conselho Estadual de Saúde de Roraima como instrumento de controle social na garantia da cidadania em saúde. Boa Vista, Roraima, Brasil: Fiocruz.

Silva, S. (2001). *Municipalização da Saúde e Poder Local, Atores e Políticas*. São Paulo: Hucitec.

Souza, R. (2002). *Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. (dissertação)*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ.

SVS, S. d. (2005). Política de Educação Permanente em Saúde e Capacitação do Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, Distrito Federal, Brasil: Ministério da Saúde.

Tobar, F., & Yalour, M. (2001). *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Waldman, E. (1998). *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

ANEXOS

Anexo 1 – Modelo de ofício solicitando autorização para pesquisa no Conselho Estadual de Saúde de Roraima



**MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

Área de especialização

**EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Ofício n.º

Ao:

**Presidente do Conselho Estadual de Saúde - RR**

Ao cumprimentá-lo, a Universidade de Évora – **UEVORA** apresenta o **Mestrando em Educação para Saúde**, o **Sr.º Joseneide Viana de Almeida**, que solicita autorização para realizar pesquisa intitulada: O controle social e da educação permanente do Conselho Estadual de Saúde de Roraima: contributos para o seu conhecimento. Os dados serão utilizados no projeto de Mestrado.

Atenciosamente;

Boa Vista-RR, 15 de Dezembro de 2010.

---

**Joseneide Viana de Almeida**  
**Mestrando da Universidade de Évora**

Anexo 2 – Carta ao painel de juízes para validação do questionário

Excelentíssimo Senhor...

Prof. Doutor . .....

Assunto: Painel de juízes.

Sou aluno do Mestrado em Educação, na área de especialização em Educação para a Saúde, na Universidade de Évora (Portugal). O tema do meu projeto de dissertação é: “O Controle Social e da Educação Permanente no Conselho Estadual de Saúde de Roraima: contributos para o seu conhecimento”. Na metodologia de pesquisa definida, de natureza qualitativa, consta um instrumento de recolha de informação sob a forma de questionário.

Neste sentido, venho solicitar ao Senhor Professor a graciosidade de poder dar atenção ao questionário e matriz que apenso, para que possa comentá-lo e validar o conteúdo num processo interno antes de aplicação a uma população piloto.

Certo da sua atenção para este assunto, peço resposta. Aproveito para enviar saudações acadêmicas

Boa vista RR, 02 de dezembro de 2010.

Joseneide Viana de Almeida

E-mail: [jvaenf@yahoo.com.br](mailto:jvaenf@yahoo.com.br)

Anexo 3 - Versão prévia do questionário

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM EDUCAÇÃO PARA SAÚDE

O questionário que se segue pretende avaliar o Controle Social e da Educação Permanente no Conselho Estadual de Saúde de Roraima. Assegura-se o anonimato na apresentação dos resultados. Agradecemos a participação.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: Inicio \_\_\_\_\_ Termina: \_\_\_\_\_

1. Dados de Identificação

1.1.Sexo: \_\_\_\_\_ 1.2.Profissão: \_\_\_\_\_ 1.3. Idade: \_\_\_\_\_

1.4.Característica étnica: Branca ( ) Negra ( ) Indígena ( ) Asiática ( ) Parda ( )

1.5.Trabalha: Sim ( ) não ( )

1.6.Marcar um x no espaço em branco, com apenas uma alternativa para cada questão:

Escolaridade:

( ) sabe ler e escrever ( ) 2º (grau completo).

( ) 1º grau incompleto ( ) (superior incompleto).

( ) 1º grau completo ( ) superior completo).

( ) 2º grau incompleto ( ) pós-graduação).

1.7- Por quanto tempo é conselheiro?.....

1.8 - Recebeu portaria de nomeação como conselheiro do seu Estado.

Sim ( ) Não ( )

2. Dados de organização e funcionamento do conselho

2.1- O conselho tem secretaria executiva?

Sim ( ) não ( ) não sei ( )

2.2. O conselho possui regimento interno

Sim ( )

não ( )

não sei ( )

2.3. O Conselho tem dotação orçamentária própria

Sim ( )

Não ( )

2.4. - Como são convocadas as reuniões do conselho:

( ) no mesmo dia

( ) com antecedência

( ) agendadas mensalmente

2.5. Quem define os assuntos das reuniões dos conselheiros?

( ) o secretário de saúde

( ) a secretaria executiva do conselho

2.6. As reuniões são divulgadas para a população

Sim ( )

Não ( )

2.7. As reuniões do conselho eram abertas ao Público?

Sim ( )

Não ( )

Não sei ( )

2.8. Qual segmento você representa no Conselho?

( ) Trabalhadores de saúde

( ) Representante do Governo

( ) Usuário

( ) Prestadores de serviço

2.9. O segmento que representa sabe que você é conselheiro?

Sim ( )

não ( )

não sei ( )

2.10. Como você foi eleito conselheiro?

( ) Indicação do Governador ou secretário de saúde

- Indicação de Político (Senador, Deputado, etc).
- Indicação de seu chefe ou presidente de associação
- Indicação do tuxaua.
- Indicação por outro membro do conselho
- Eleição no seu segmento

2.11. As decisões votadas nas reuniões eram homologadas pelo poder executivo?

Sim  Não  não sei

### 3. Dados de participação dos conselheiros

3.1. Você tem conhecimento do Fundo Estadual de Saúde?

Sim  não

3.2. Com que frequência você participou das reuniões do Conselho?

- uma por mês.
- uma cada dois meses.
- uma cada seis meses.
- outro numero. Qual? \_\_\_\_\_
- nenhuma, a ata é levada para você assinar.

3.3. Você conhecia a agenda de saúde de seu Estado?

Sim  Não

3.4. Você já analisou a prestação de contas da secretaria de saúde do seu Estado?

Sim  Não

3.5. Você conhecia o Plano Estadual de Saúde?

Sim  Não

3.6. Você, enquanto conselheiro, acompanhou a fiscalização dos serviços de saúde local:

Sim  Não  Não sabe



Anexo 4 - Versão final do questionário

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM EDUCAÇÃO PARA SAÚDE

O questionário que se segue pretende avaliar o Controle Social e da Educação Permanente no Conselho Estadual de Saúde de Roraima. Assegura-se o anonimato na apresentação dos resultados. Agradecemos a participação.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: Início \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

1. Dados de Identificação

1.1. Sexo: \_\_\_\_\_ 1.2. Idade: \_\_\_\_\_

1.3. Característica étnica: Branca ( ) Negra ( ) Indígena ( ) Asiática ( ) Parda ( )

1.4. Estado Civil

1.5. Marcar um x no espaço em branco, com apenas uma alternativa para cada questão:

Escolaridade:

( ) sabe ler e escrever ( ) 2º grau completo.

( ) 1º grau incompleto ( ) superior incompleto.

( ) 1º grau completo ( ) superior completo.

( ) 2º grau incompleto ( ) pós-graduação.

1.6. Trabalha: Sim ( ) Não ( )

1.6.1. Caso tenha respondido (sim) para resposta anterior, em que área trabalha?

2. Dados de organização e funcionamento do conselho

2.1. O conselho tem secretaria executiva?

Sim ( ) Não ( ) ( ) Não sei

2.2. O Conselho possui Regimento Interno?

Sim ( ) Não ( ) ( ) Não sei

2.3. O Conselho tem dotação orçamentária própria?

Sim ( ) Não ( ) ( ) Não sei

2.4. Como são convocadas as reuniões do conselho?

- No mesmo dia
- Com antecedência
- Agendadas mensalmente

2.5. Quem define os assuntos das reuniões dos conselheiros?

- O Secretário de Saúde
- A Secretaria Executiva do Conselho

2.6. As reuniões são divulgadas para a população?

- Sim  Não   Não sei

2.7. As reuniões do conselho são abertas ao Público?

- Sim  Não   Não sei

2.8. Qual segmento você representa no Conselho?

- Trabalhadores de saúde
- Representante do Governo
- Usuário
- Prestadores de serviço

2.9. O segmento que representa sabe que você é conselheiro?

- Sim  Não   Não sei

2.10. Como você foi eleito conselheiro?

- Indicação do Governador ou Secretário de Saúde
- Indicação de Político (Senador, Deputado, etc).
- Indicação de seu Chefe ou Presidente de Associação
- Indicação do Tuxaua.
- Indicação por outro membro do conselho
- Eleição no seu segmento

2.11. As decisões votadas nas reuniões são homologadas pelo poder executivo?

Sim ( )

Não ( )

Não sei ( )

3. Dados de participação dos conselheiros

3.1. Você tem conhecimento do Fundo Estadual de Saúde?

Sim ( )

Não ( )

3.2. Com que frequência você participou das reuniões do Conselho?

( ) uma por mês.

( ) uma cada dois meses.

( ) uma cada seis meses.

( ) outro numero. Qual? \_\_\_\_\_

( ) nenhuma, a ata é levada para você assinar.

3.3. Você conhece a agenda de saúde de seu Estado?

Sim ( )

Não ( )

3.4. Você já analisou a prestação de contas da Secretaria de Saúde do seu Estado?

Sim ( )

Não ( )

3.5. Você conhece o Plano Estadual de Saúde?

Sim ( )

Não ( )

3.6. Você, enquanto conselheiro, acompanha a fiscalização dos serviços de saúde local?

Sim ( )

Não ( )

3.7. Você tem conhecimento do seu papel como Conselheiro?

Sim ( )

Não ( )

3.8. Você tem conhecimento se o estado realizou Conferência Estadual de Saúde?

Sim ( )

Não ( )

4. Dados de educação permanente de conselheiros

4.1. Você sabe o que é controle social?

Sim ( )

Não ( )

4.2. Participou de algum curso de capacitação de conselheiro

Sim ( )

não ( )

Se **sim** qual ou quais? \_\_\_\_\_

Quando(período)? \_\_\_\_\_

4.3. Você conhece a legislação e os princípios do SUS?

Sim ( )

Não ( )

Em caso afirmativo, cite três princípios e as leis que você conhece:

---

5. Dados de educação permanente na comunidade

5.1. Você transmite as decisões do conselho para seu segmento, órgão, movimento ou entidade?

Sim ( )

Não ( )

Se **sim**, como se realiza este processo?

---

5.2. Você participou de algum curso de capacitação para conselheiro de saúde?

Sim ( )

Não ( )

5.3. Você participou de algum treinamento visando capacitar a comunidade a respeito das políticas públicas de saúde?

Sim ( )

Não ( )