



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS - ICHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA – PPGSS**

**GESTÃO DO SUS: A DIMENSÃO PARTICIPATIVA DA
REPRESENTATIVIDADE TRIPARTE NO INTERIOR DO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE NA CIDADE DE MANAUS, NO PERÍODO DE
2011 A 2014.**

KEITIANNE MOURÃO DE FRANÇA

**MANAUS-AM
2015**

KEITIANNE MOURÃO DE FRANÇA

**GESTÃO DO SUS: A DIMENSÃO PARTICIPATIVA DA
REPRESENTATIVIDADE TRIPARTE NO INTERIOR DO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE NA CIDADE DE MANAUS, NO PERÍODO DE
2011 A 2014.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração em Questão Social, Políticas Públicas, Trabalho e Direitos Sociais na Amazônia

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Simone Eneida Baçal de Oliveira

**MANAUS-AM
2015**

KEITIANNE MOURÃO DE FRANÇA

**GESTÃO DO SUS: A DIMENSÃO PARTICIPATIVA DA
REPRESENTATIVIDADE TRIPARTE NO INTERIOR DO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE NA CIDADE DE MANAUS, NO PERÍODO DE
2011 A 2014.**

Dissertação apresentada em 20 de agosto de 2015

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração em Questão Social, Políticas Públicas, Trabalho e Direitos Sociais na Amazônia.

BANCA EXAMINADORA

Prof^{fa}. Dr^a. Simone Eneida Baçal de Oliveira (Presidente)
Universidade Federal do Amazonas

Prof^{fa}. Dr^a. Yoshiko Sasaki (Membro)
Universidade Federal do Amazonas

Prof^{fa}. Dr^a. Ana Lúcia Vieira (Membro)
Universidade Federal do Amazonas

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

F837g França, Keitianne Mourão de
GESTÃO DO SUS: a dimensão participativa da
representatividade triparte no interior do Conselho Municipal de
Saúde na cidade de Manaus, no período de 2011 a 2014. /
Keitianne Mourão de França . 2015
220 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Simone Eneida Baçal Oliveira
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na
Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Política de Saúde. 2. Gestão. 3. Participação. 4. Controle
Social. I. Oliveira, Simone Eneida Baçal. II. Universidade Federal do
Amazonas III. Título

Aos meus pais, José França e Ivete Mourão, pelo amor e dedicação ao longo desses anos, por acreditarem tanto quanto eu nas minhas escolhas pessoais, o que me permitiu vivenciar esse projeto desafiador e, simultaneamente, tão especial e significativo em minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por sua infinita misericórdia, pelo seu amor para comigo, porquanto sem Ele tudo seria mais difícil.

À minha família, na figura de meus pais, Jose Adalberto e Ivete Mourão, e, irmãos, Jaqueline, Jessica, Jessé e Joevely, que são a base e razão da minha existência. Agradeço imensamente pelo amor, carinho e palavras de incentivo proferidas durante toda minha trajetória acadêmica.

Ao meu namorado, Marcio Almeida, pelo amor, dedicação, paciência e auxílio direto na realização deste estudo. Obrigada vida!

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia por todo conhecimento compartilhado e aprendido ao longo do curso, sobretudo, as Prof^{as}. Yoshiko Sasaki e Lucilene Melo, pelas orientações iniciais quanto ao recorte do objeto de estudo durante as aulas da disciplina Seminário de Pesquisa, que subsidiou o projeto de pesquisa grandemente a pesquisa e construção do presente estudo.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Simone Eneida Baçal Oliveira, por me aceitar como orientanda e me conduzir nessa jornada científica, me fazendo aproximar a cada orientação do meu objeto de estudo. Agradeço por tudo, principalmente pela paciência e compreensão, pois em certos momentos eu me encontrava extremamente perdida em meio tantas informações.

À Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Vieira, que se dispôs a participar da banca examinadora em suas duas etapas, agradeço infinitamente as contribuições e solicitude para com o presente estudo.

A Prof^a. Cristiane Bonfim Fernandez, por estar sempre conosco, apoiando, incentivando, intercedendo, nos mostrando o caminho a seguir. Obrigada!

A Prof^a. Dr^a. Lidiany Cavalcante do Departamento de Serviço Social, por ter me recebido de braços abertos, pela oportunidade a mim ofertada de crescimento intelectual durante a realização do Estágio Supervisionado no curso de Graduação em Serviço Social.

A minha amiga e parceira de todas as horas, Alcione Teles, o meu muito obrigado pelo apoio, incentivo e, sobretudo, pelo entusiasmo em todos os momentos que passamos juntos durante a estada no PPGSS.

As minhas colegas de turma, em especial, a Anelise, Daniele, Isabelle, Lilian, Maísa, Marlene e Geisyane, com quem tive a felicidade de partilhar momentos de amizade e aprendizado durante esses anos.

A turma de 2012 que nos acolheu e incentivou a todo momento. Karina, Patrício, Neves, Branca e Antônia, e ainda, aos colegas do mestrado em Sociologia, Ronilson e Silvia. A todos vocês o meu muito obrigado, guardo na mente e coração, com muita alegria, todos os momentos que vivemos juntos, que possamos nos reencontrar sempre na estrada da vida.

Aos amigos Celismar e Lorena Gomes, por desempenharem suas funções de forma excelente no PPGSS, estando sempre dispostos a nos ajudar.

As amigas do Curso de Graduação em Ciências Sociais, Rebeca, Licely, Lisley e Nelma, pelo incentivo e apoio. Obrigada meninas!

Ao Conselho Municipal de Saúde, na figura da Secretaria Executiva, Mesa Diretora, assim como também, os conselheiros municipais e locais, por toda solicitude e colaboração para com a realização deste estudo, sem vocês nada disso seria possível!

A todos que me contribuíram direta e indiretamente na concretização deste trabalho, o meu muito obrigada!

Nós somos responsáveis pelo outro, estando atento a isto ou não, desejando ou não, torcendo positivamente ou indo contra, pela simples razão de que, em nosso mundo globalizado, tudo o que fazemos (ou deixamos de fazer) tem impacto na vida de todo mundo e tudo o que as pessoas fazem (ou se privam de fazer) acaba afetando nossas vidas.

Zygmunt Bauman

RESUMO

A Política de Saúde na realidade brasileira abrange uma significativa complexidade, pois pensá-la implica, necessariamente, em refletir questões como paradigmas sanitários, construção da cidadania, modalidades de proteção social, instrumentos legais e normativos. Nesse sentido, o presente estudo analisou o modo pelo qual se consolida a gestão partilhada, compartilhada e solidária da Política de Saúde na Cidade de Manaus a partir da perspectiva da representatividade tripartite no interior do CMS/MAO no período de 2011 a 2014. Além disso, o estudo em questão: Caracterizou a efetivação dos mecanismos da representatividade social no Conselho de Saúde Municipal; Verificou as relações de poder no âmbito da representatividade tripartite no Conselho de Saúde Municipal e; Conheceu a operacionalidade das ações deliberadas no Conselho de Saúde Municipal a partir da visão dos representantes dos usuários. Por conseguinte, a construção do presente estudo pautou-se em uma abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de levantamento e discussão teórica, estudo documental e pesquisa de campo, ocorridos a partir da realização de entrevistas abertas junto a representação tripartite, que ao final consolidou um total de 9 sujeitos entrevistados, subdivididos da seguinte forma: 1 - Representante do Governo; 2 - Representantes dos Trabalhadores e; 6- Representantes dos Usuários do SUS. No mais, ressalta-se que a técnica utilizada para o tratamento dos discursos dos sujeitos foi a de análise de conteúdo. Quanto aos principais resultados da pesquisa, constatou-se que, apesar de o município de Manaus ter implantado a normativa em 2008, pouco se avançou no campo da gestão partilhada, compartilhada e solidária SUS, haja vista a dificuldade da exequibilidade dos planos e programações, porquanto, vê-se um distanciamento entre metas programadas e metas alcançadas, sobretudo no que tange a Educação Permanente, Estratégias de Fortalecimento do SUS e Empoderamento da Sociedade Civil. Deste modo, acrescenta-se que o controle social na realidade manauara, apesar de propiciar um espaço de interlocução pública, ainda sofre duros golpes por conta dos confrontos de personalidades, da supremacia dos projetos individuais em detrimento dos projetos coletivos, dos “mandos e desmandos”, dentre outros que na ordem prática, empobrecem a discussão, a negociação, a interlocução, bem como o consenso no interior do Conselho Municipal de Saúde. Contudo, o cenário em questão não é só de desalento, pois mesmo que de forma mínima, a participação no exercício do controle social vem dando saltos qualitativos, ao passo que mais usuários vem empreendendo a luta cotidiana em prol da afirmação do direito em saúde, a partir da ocupação dos conselhos locais, seja nas unidades de saúde, nos clubes de mães e outros. Isso significa dizer que os sujeitos de direitos, independentemente de serem conselheiros ou não concebem paulatinamente o cenário político enquanto um mecanismo de ação que permite reforçar o vínculo social para além disso, possibilitando reconstruir intelectual e moralmente o Estado no tocante às políticas públicas e sociais, como as de saúde, para que de fato seja vivenciada promoção, proteção e recuperação da saúde da população brasileira, bem como manauara.

PALAVRAS CHAVE: Política de Saúde, Gestão, Participação e Controle Social.

ABSTRACT

The Health Policy in the Brazilian reality covers a significant complexity, because think of it necessarily implies to reflect issues such as health paradigms, building citizenship, forms of social protection, legal and regulatory instruments. In this sense, the present study examined the way in which consolidates shared management, shared and joint Health Policy in Manaus city from the perspective of the tripartite representation within the CMS / MAO in the period from 2011 to 2014. In addition , the study in question, characterized the effectiveness of the mechanisms of social representation on the Board of Municipal Health; He checked the power relations within the tripartite representation on the Board of Municipal and Health; He met the operability of deliberate actions on the Board of Municipal Health from the perspective of representatives of users. Therefore, the construction of the present study was based on a qualitative approach, developed through survey and theoretical discussion, documentary study and field research occurred from conducting open interviews with tripartite representation, which ultimately consolidated a total of 9 subjects interviewed, divided as follows: 1 - Government representative; 2 - Workers' Representatives and; 6. Representatives of the SUS users. For the rest, it is emphasized that the technique used to treat the subjects' discourse was the content analysis. As the main results of the research, it was found that, although the city of Manaus have implemented the rules in 2008, little progress has been made in the field of shared management, shared and joint SUS, given the difficulty of the feasibility of plans and schedules, because, you see a gap between planned targets and goals achieved, particularly with respect to Continuing Education, SUS Strengthening Strategies and Empowerment of Civil Society. Thus, adds that the social control in manauara reality, despite providing a public dialogue space, still suffers severe blows due to the personality clashes, the supremacy of individual projects to the detriment of collective projects, the "mands and unmade "among others in the practical order, impoverish the discussion, negotiation, dialogue and consensus within the Municipal Health Council. However, the picture in question is not only discouraged, because even if minimally, participation in the exercise of social control has been giving qualitative leaps, while more users has been making everyday struggle for the health law claim, from the occupation of the local councils, either in health facilities, clubs mothers and others. This means that the subjects of rights, whether directors or not gradually conceive the political scene as a mechanism of action that helps to strengthen the social bond beyond that, allowing reconstruct intellectually and morally the state with regard to public and social policies, such as health, that in fact is experienced promotion, protection and recovery of health of the population and Manaus.

KEYWORDS: Health Policy, Management, Participation and Social Control.

LISTA DE FIGURAS

Figura nº 01	Localização Geográfica do Município de Manaus.....	58
Figura nº 02	Cobertura Esperada ESF Manaus.....	111
Figura nº 03	Metas da Rede Saúde Manauara I - 2013.....	112
Figura nº 04	Metas da Rede Saúde Manauara II - 2013.....	112

LISTA DE QUADROS

Quadro nº 01	Identificação dos Sujeitos Entrevistados.....	22
Quadro nº 02	Legislações estruturantes do SUS.....	27
Quadro nº 03	Pacto pela Saúde.....	28
Quadro nº 04	Desenhos das Regiões de Saúde.....	34
Quadro nº 05	Municipalização do SUS.....	36
Quadro nº 06	Estrutura institucional e decisória.....	53
Quadro nº 07	Evolução do Pacto em Manaus.....	61
Quadro nº 08	Organização das Redes no Município - I.....	64
Quadro nº 09	Organização das Redes no Município - II.....	64
Quadro nº 10	Explicitação das Metas programadas e realizadas, recursos programados e executados no ano de 2011 na Cidade de Manaus.	74
Quadro nº 11	Orçamento Anual e Origem de Financiamento da Saúde no Município de Manaus.....	86
Quadro nº 12	Histórico das Gestões do CMS/MAO de 1991 -2006.....	97
Quadro nº 13	Estrutura da representação CMS/MAO.....	98
Quadro nº 14	Representação por Gênero.....	99
Quadro nº 15	Responsabilidades do Conselho Municipal de Saúde Manaus.....	100
Quadro nº 16	Comissões CMS/MAO.....	102
Quadro nº 17	Participação de Conselheiros Municipais em Eventos.....	124
Quadro nº 18	Deliberações CMS/MAO ano de 2014.....	127
Quadro nº 19	Recortes de falas dos Conselheiros nas Assembleias.....	130
Quadro nº 20	Capacitações realizadas com os Trabalhadores no ano de 2013....	151
Quadro nº 21	Formação e Educação em Saúde.....	169
Quadro nº 22	Resumo das mudanças recomendadas pela Resolução 453/2012..	186

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico nº 01	Participação do Conselheiros nas Assembleia ano 2013.....	120
Gráfico nº 02	Demonstração da participação do público na 8ª Semana do Controle Social de Manaus.....	125
Gráfico nº 03	Público no Encerramento da 8ª Semana do Controle Social da Saúde do Município de Manaus.....	126

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
BIRD	Banco Mundial
CAPS	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CLS	Conselhos Locais de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CIB	Conselho Intergestores Bipartite
CIT	Conselho Intergestores Tripartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional Municipal de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
DPLAN	Diretoria de Planejamento
ESF	Estratégia Saúde da Família
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FMI	Fundo Monetário Internacional
GPLAN	Gerência de Planejamento
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Leis Orgânicas de Saúde
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência em Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
ODM	Objetivo do Milênio
OMC	Organização Mundial do Comércio
PAS	Plano Municipal de Saúde
PDI	Plano diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização

PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Planos Plurianuais
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
SEMSA	Secretária Municipal de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema e Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCGM	Termo de Compromisso da Gestão Municipal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I - DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NO PÓS-1988: CENÁRIO, NUANCES E PERSPECTIVAS DE OPERACIONALIZAÇÃO DO SUS	24
1. Política de Saúde no Brasil: cenários e desafios Pós-Constituição de 1988.....	24
1.1 Regionalização: novas perspectivas para o SUS.....	30
1.2 Municipalização: a base de organização do SUS.....	35
1.3 Breves notas sob os aspectos históricos e contemporâneos a despeito da participação e controle social no âmbito da saúde no Brasil.....	38
1.3.1 Participação no exercício do controle social: especificidades dos Conselhos Gestores na esfera da Saúde.....	43
1.4 Legados e desafios da participação política e cidadã no âmbito da saúde no território nacional e local	48
CAPÍTULO II - GESTÃO DO SUS: DO TERRITÓRIO NACIONAL AS PARTICULARIDADES DO MUNICÍPIO DE MANAUS	52
2. Gestão e Gerência: “indicativos para boa governança do SUS”.....	52
2.1 O Pacto e a Regionalização da atenção em Saúde: “Amazônia e o desafio de operacionalização do SUS”.....	55
2.2 Estado do Amazonas, Região do Entorno e Rio Negro: características e especificidades da situação em saúde na região metropolitana de Manaus.....	57
2.2.1 Gestão da Política de Saúde em Manaus: adesão e operacionalização do Pacto pela Saúde.....	61
2.2.2 Planos Municipais de Saúde: breve panorama dos objetivos, metas, diretrizes e estratégias para o gerenciamento das ações em saúde na Cidade de Manaus.....	65
2.3 Financiamento e indicadores de gestão do município de Manaus: breves sinalizações sobre as programações anuais e os relatórios anuais de gestão.....	84
CAPÍTULO III - O LUGAR E O PAPEL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NO PROCESSO DE GESTÃO EM SAÚDE NA CIDADE DE MANAUS	95
3. Breves notas sobre o histórico, a estrutura e as formas organização do controle e participação social.....	93
3.1 Conferências de Saúde: “o antes e o depois do controle e participação social, após a criação da semana do controle social de saúde no município de Manaus”.....	104
3.2 O lugar e o papel do conselho municipal de saúde no âmbito da gestão partilhada, compartilhada e solidária da política de saúde no município de Manaus.....	109
3.2.1 Visão panorâmica de registros das ações e atividades desenvolvidas pelo CMS/MAO de 2013 – 2014.....	119

CAPÍTULO IV - A DIMENSÃO PARTICIPATIVA DA REPRESENTAÇÃO DOS TRABALHADORES E USUÁRIOS DO SUS NO INTERIOR DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - CMS/MAO.....	132
4. Gestão do trabalho e educação em saúde: o que pensam os representantes dos trabalhadores do SUS?.....	132
4.1 “Voz e vez”: o que pensam os representantes dos usuários do SUS?.....	155
4.2 Direito a saúde e dinamização da cidadania no município de Manaus.....	178
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	197
REFERÊNCIAS.....	204
APÊNDICES	214
ANEXOS.....	219

INTRODUÇÃO

No final do século XIX e início do XX, corporificou-se um movimento crescente de amplo debate e participação da sociedade civil no âmbito da formulação das políticas públicas, num aprendizado crescente de cultura política e mobilização, com o intuito maior de garantir, na agenda pública, a compilação das diversas demandas, bem como os interesses dos que requisitam os serviços de saúde nas mais diferentes localidades do país.

Tal empreendimento permitiu a contestação do modelo de saúde adotado pelo país, que resultaram intensas discussões sobre saúde pública nos simpósios, encontros e conferências, haja vista que o Movimento Sanitário, composto por pensadores, trabalhadores da área de saúde, políticos opositores ao governo, propuseram na linha de ponta, uma agenda alternativa pautada em um sistema de saúde integrado, de corte descentralizador e universal.

Essa organização e mobilização popular impulsionou grandes movimentos, como a realização, respectivamente, da VII e VIII Conferência Nacional de Saúde no país. Esta última, aliás, ocorreu na cidade de Brasília, com a participação de aproximadamente 5.000 pessoas e fomentou ganhos expressivos no tocante a reestruturação do sistema de saúde, entre os quais está alocada a definição do *conceito ampliado de saúde*¹, onde o bem-estar é concebido como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso a serviços de saúde, incorporados por conseguinte na Constituição Federal de 1988.

Nessa linha de pensamento, o SUS, nascido com a Constituição de 1988, representa o maior avanço político, democrático e social no âmbito da saúde, ao passo que consagrou “*a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado*”, conforme dispõe os artigos 196, 197, 198 e 200, que juntamente com o advento das Leis Orgânicas da Saúde, 8.080/90 e 8.142/90, possibilitaram muitos avanços na Política de Saúde. Contudo, é importante ressaltar que mesmo com a existência dos elementos jurisdicionais e normativos, o SUS vivência desde sua implantação, muitas dificuldades quanto à operacionalização.

Desde a década de 1990, para superar a discrepância entre o “SUS real e o SUS constitucional” (Bravo, 2013), os últimos governos vêm fomentando a criação de novas estratégias por intermédio do Ministério da Saúde, com o intuito de melhor operacionalização desta política no país, de onde é possível vislumbrar a criação das Normas Operacionais Básicas

¹ Sob influências do Relatório de Lalonde, a Carta de Otawwa e a Conferência de Alma-Ata (ZANCHI, 2012)

(NOBs), assim como a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e, por último, o Pacto pela Saúde, que assume centralidade neste estudo.

A normativa em questão surge enquanto uma estratégia inovadora de operacionalização do SUS, à medida que visa potencializar a descentralização dos SUS através da diretriz de regionalização, uma vez que na contemporaneidade, tanto em nível local, regional, nacional e internacional, um dos maiores desafios da sociedade de modo geral consiste em consolidar uma relação mais equitativa entre crescimento e desenvolvimento social.

Esta visão se refere, sobretudo, ao acesso a bens e ao usufruto de serviços por parte dos cidadãos, fazendo valer os seus direitos civis, políticos e sociais, entre estes, o direito à saúde. Assim sendo, a diretriz da regionalização é extremamente relevante para exequibilidade da Política de Saúde, ao passo que prima pelo respeito às particularidades das diversas populações e modos de vida encontrados “nos quatro cantos” do Brasil.

Porquanto, acredita-se que a partir dos Pactos², é possível incorporar ações pautadas de fato e de direito no conceito amplo de saúde, pensando os fatores sociais, econômicos, geográficos, ambientais e culturais, em nível das municipalidades no território nacional, principalmente, em garantir na linha de ponta a ampla participação da comunidade no que tange à gestão do SUS, como bem sinaliza a Lei 8.142/90.

Nesse ínterim, assume grande relevância e destaque neste estudo o papel e as contribuições dos conselhos gestores em saúde, cujo destaque faz-se ao Conselho Municipal de Saúde de Manaus, uma vez que este se configura como “porta de entrada” para que os cidadãos possam atuar politicamente, promover negociações e acordos, resolver conflitos, fiscalizar, bem como estabelecer prioridades no campo da saúde.

Partindo desse pressuposto, o presente estudo tem como discussão central a dimensão participativa da representatividade no interior do conselho de Saúde na Cidade de Manaus, de onde é possível entrever elementos específicos da participação política dos sujeitos de direitos no exercício do controle social propriamente dito, por intermédio da articulação e interação dos segmentos ora representando por conselheiros do governo e pelo aparelho formador, ora pelo trabalhador e pelos usuários do SUS, que atuam paralelamente na cogestão das ações e na prestação de serviço de saúde no município.

Nesse viés, o presente estudo faz uma análise do modo pelo qual se consolida a gestão partilhada, compartilhada e solidária da Política de Saúde na Cidade de Manaus. Em paralelo ao objetivo proposto, foi possível identificar informações importantes à pesquisa, sendo estas:

² Pela saúde, pela vida e de gestão do SUS, que serão explorados durante o transcorrer do presente estudo.

Caracterizar a efetivação dos mecanismos da representatividade social no Conselho de Saúde Municipal; Verificar as relações de poder no âmbito da representatividade tripartite no Conselho de Saúde Municipal e; Conhecer a operacionalidade das ações deliberadas no Conselho de Saúde Municipal, a partir da visão dos representantes dos usuários.

Com base em tais pressupostos, o debate proposto por este estudo é importante do ponto de vista acadêmico, científico e social, haja vista a necessidade da existência de mais pesquisas no que diz respeito à participação política principalmente no tocante à participação popular e/ou cidadã no exercício do controle social no âmbito da gestão em saúde propriamente dita.

Parte-se do princípio de que o movimento crescente de ações partilhadas e solidárias no interior do CMS/MAO, entre os sujeitos que compõem este universo, possam contribuir significativamente para o fortalecimento da participação, no exercício do controle social no respectivo conselho gestor, pois neste espaço são discutidas, aprovadas e deliberadas resoluções, bem como planos de atuação, para melhor operacionalizar ações e serviços em saúde no município de Manaus, o que faz com que uma maior população da sociedade qualifique ainda mais o processo de tomada de decisão.

Com base nesse contexto, a eleição da dimensão da representatividade tripartite como o foco central se deu em função da necessidade de se conceber o modo pelo qual se consolida o movimento interno do CMS/MAO como expressão de possíveis arenas e/ou relações de poder, acarretando também em conflitos, em contradições ou até em consensos entre os sujeitos componentes deste universo que tende a fornecer um maior conhecimento acerca da aprendizagem da cultura e da política nesse espaço público.

Ao propiciar o desenvolvimento de potencialidades em conformidade com a participação da sociedade civil de forma direta, enquanto fator preponderante de afirmação do direito e dinamização da cidadania, permite em parte, garantir na esfera da gestão, as agendas populares no tocante às reais necessidades em torno da atenção básica na rede municipal.

Para aproximar-se de tais finalidades, elegeram-se três categorias analíticas centrais, sendo estas “Gestão”, “Participação” e “Controle social”, levando em consideração que o conhecimento mais sistemático sobre elas se tornou fundamental para aproximação da realidade local, aqui nosso foco da pesquisa, as quais foram abordadas tomando por base produções científicas clássicas e contemporâneas que fornecem os parâmetros conceituais necessários à consolidação deste estudo.

A natureza do percurso metodológico para realização deste estudo foi de uma busca analítico-crítica, tendo como ponto de partida a abordagem qualitativa dos dados, realizada por

meio da concatenação lógica dos subprocessos específicos durante o processo de construção entre teoria-objeto-pesquisador, do qual se elegeu para o processo de investigação uma perspectiva de análise total do objeto de estudo, utilizando do estabelecimento dos critérios e das regras gerais para descrever, explicar e analisar a realidade social propriamente dita (GUSMÃO, 2001; SORIANO, 2004).

Para tanto, foi realizado o levantamento bibliográfico e discussão teórica, assim como o levantamento e análise documental, pré-teste dos instrumentais e pesquisa de campo, a qual se deu por meio de entrevistas abertas mediante três tipos de roteiros (apêndices), de acordo com os diferentes sujeitos da pesquisa, que objetivaram, em linhas gerais, conhecer a visão de cada representante/conselheiro em seus respectivos segmentos quanto às categorias analíticas supramencionadas. Ressalta-se que alguns momentos da pesquisa, os roteiros em questão foram redirecionados, para tornarem-se inteligíveis e de fácil entendimento aos interlocutores. No mais, acrescenta-se a realização de registros fonográficos, mediante consentimento dos envolvidos, com aplicação do TCLE junto aos entrevistados, assim como, o tratamento, a organização, bem como a análise dos dados com aporte da análise de conteúdo sob a luz do referencial teórico construído.

Partindo desse pressuposto, o estudo teve como lócus o Conselho Municipal de Saúde, situado geograficamente na zona oeste da Cidade de Manaus, sito à Avenida Paulo Lasmar, s/n Conjunto Santos Dumont – Bairro da Paz, onde foram aplicados os instrumentais das pesquisas com 09 (nove) sujeitos entrevistados, subdivididos em: 01 Representante/conselheiro - Segmento do Governo; 02 Representantes/conselheiros-Segmento dos Trabalhadores do SUS; 06 Representantes/conselheiros-Segmento Usuário do SUS, sendo 04 representantes/conselheiros municipais e 02 representantes/conselheiros locais. A inclusão dos sujeitos se estruturou nos seguintes critérios:

- a) Segmento do Governo: ser representante do Governo - Ministério da Saúde (M.S/AM), pois é uma representação de extrema relevância no entendimento, assim como também no trato das questões voltadas para operacionalidade do planejamento da normativa em vigor;
- b) Segmento dos Trabalhadores do SUS: ser representante dos Sindicatos dos trabalhadores de saúde da Cidade de Manaus-Sindicato dos Trabalhadores da Saúde (SINDSAÚDE) e Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Amazonas (SINCOSAM), pois ambos representam um número expressivo de Trabalhadores do SUS no município;

- c) Segmento dos Usuários: ser representante dos Usuários municipais e locais das zonas norte, leste, oeste e rural terrestre, haja vista que os respectivos recortes permitiram ter uma visão diversificada das realidades e das necessidades de diferentes localidades geográficas no município.

Neste quesito ainda, reitera-se a conturbada realização da pesquisa de campo causada pela função da liberação dos tramites legais da pesquisa, que passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde, seguidos do próprio Comitê da Universidade, assim como a apreciação deste pela mesa Diretora do CMS, cuja autorização à realização da pesquisa somente foi concedida para iniciar a partir de abril de 2015, concluindo-a em maio do referido ano. Ressalta-se que tal momento foi bastante complicado, pois em dado período o Conselho Gestor passava pelo processo de transição, isto é, pelo procedimento eleitoral para a composição da nova representatividade triparte (gestão de 2015 a 2018).

Além disso, o Conselho e os respectivos representantes/conselheiros ainda em exercício da função (gestão de 2011 a 2014) organizavam as Pré-conferências ocorridas em junho de 2015, que acarretariam a Conferência Municipal. Logo, estes eventos dificultaram o contato com sujeitos escolhidos para compor o universo da pesquisa de campo, pois para efetivar o evento de junho, eles viajaram para vários locais, inviabilizando o andamento das entrevistas.

Em função desses fatores, acrescenta-se a modificação de alguns parâmetros quanto à seleção dos sujeitos, uma vez que não se conseguiu manter o contato com alguns representantes por estarem ausentes ou até mesmo extremamente ocupados com fluxos de atividades junto ao conselho e a outras atividades pessoais. Contudo, essas desventuras não se apresentaram como um dano maior, pois os representantes/conselheiros que se dispuseram a participar conseguiriam responder perfeitamente as questões abordadas no roteiro da pesquisa.

Dito isto, para facilitar a identificação dos sujeitos de pesquisa durante o transcorrer dos capítulos II, III e IV estabeleceu-se ante a análise dos discursos, a caracterização dos sujeitos entrevistados sob a forma da seguinte codificação:

Identificação	Segmento	Entrevista	Código
Representantes/Conselheiros Municipais e Locais	Governo	Nº 01	(R.G.1)
	Trabalhadores do SUS	Nº 01	(R.T.S.1)
		Nº 02	(R.T.S.2)
	Usuário do SUS	Nº 01	(R.U.S.1)
		Nº 02	(R.U.S.2)
		Nº 03	(R.U.S.3)
		Nº 04	(R.U.S.4)
		Nº 05	(R.U.S.L .5)
		Nº 06	(R.U.S.L. 6)

Quadro de nº 01 – Identificação dos Sujeitos entrevistados.
Elaborado pela autora.

Por fim, para efeito didático, o estudo em questão encontra-se estruturado da seguinte forma:

a) **CAPÍTULO I - DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NO PÓS-1988: CENÁRIO, NUANCES E PERSPECTIVAS DE OPERACIONALIZAÇÃO DO SUS.** Aqui se estabelece um breve panorama da política de saúde, elencando a discussão acerca dos desafios da implementação do SUS no pós-1988, com ênfase nas questões de regionalização e municipalização dos serviços ao passo que o sistema de saúde congrega o desafio de ampliar a proteção social, com vistas a minimizar as desigualdades socioeconômicas e sanitárias no país, o que indica a necessidades do aprimoramento da gestão em saúde, sobretudo, a partir da participação efetiva da sociedade civil organizada no exercício do controle social.

b) **CAPÍTULO II - GESTÃO DO SUS: DO TERRITÓRIO NACIONAL AS PARTICULARIDADES DO MUNICÍPIO DE MANAUS.** O capítulo traz à tona a discussão em torno da gestão em saúde, com enfoque para aplicabilidade do gerenciamento do SUS, tendo como elemento norteador os pactos pela saúde, pela vida e, sobretudo, o de gestão, enfocando assim, a operacionalidade das ações de forma partilhada, compartilhada e solidária do SUS do território nacional, salientando as particularidades do município de Manaus, as suas vivências e as experiências nesse universo.

c) **CAPÍTULO III - O LUGAR E O PAPEL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NO PROCESSO DE GESTÃO EM SAÚDE NA CIDADE DE MANAUS.** Nesta

seção, faz-se um breve resgate acerca do histórico, da estrutura e das formas de organização do Conselho Municipal de Saúde desde a década de 90 até os dias atuais, enfocando os avanços e entraves, no tocante a participação no exercício do controle social no município de Manaus.

d) CAPÍTULO IV - A DIMENSÃO PARTICIPATIVA DA REPRESENTAÇÃO DOS TRABALHADORES E USUÁRIOS DO SUS NO INTERIOR DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - CMS/MAO. No capítulo final será feita análise da participação representativa tripartite no interior do Conselho Municipal de Saúde CMS/MAO, nas relações de poder, na mediação e na criação de espaços múltiplos de interlocução, vivenciadas na última gestão, lugar de onde se apresenta a visão dos trabalhadores e usuários do SUS acerca dos entraves, dos avanços e das perspectivas da gestão em saúde, assim como da participação no exercício do controle social no campo da saúde no município de Manaus.

CAPÍTULO I

DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NO PÓS-1988: CENÁRIO, NUANCES E PERSPECTIVAS DE OPERACIONALIZAÇÃO DO SUS

A Política de Saúde no Brasil abrange uma significativa complexidade, pois pensá-la implica, necessariamente, refletir questões como, paradigmas sanitários, construção da cidadania e modalidades de proteção social, instrumentos legais e normativos. Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é realizar uma discussão sobre as configurações, bem como desafios da Política de Saúde no Estado Brasileiro mediante a promulgação da Constituição Federal em 1988, que assegurou a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Para tanto, será feito será traçado um breve panorama da política de saúde, elencando a discussão acerca dos desafios da implementação do SUS a Constituição de 1988, com ênfase nas questões de regionalização e municipalização dos serviços ao passo que o sistema de saúde congrega, na contemporaneidade, o desafio de ampliar a proteção social, e, por conseguinte, atenuar as desigualdades socioeconômicas e sanitárias território no país, o que indica a necessidades do aprimoramento da gestão em saúde, sobretudo, a partir da participação efetiva da sociedade civil organizada no exercício do controle social.

1. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: CENÁRIOS E DESAFIOS PÓS-CONSTITUIÇÃO DE 1988.

A implantação do sistema de proteção social, calcado na concepção de seguridade social, num ambiente e/ou período mundial de desmonte dos Estados de Bem-Estar Social, ora experimentado pelos países periféricos nas últimas décadas, entre eles, o Brasil, apresenta uma fratura na concepção dos direitos sociais, à medida que se dá a segmentação do tripé - previdência social, saúde e assistência social (COHN, 2009).

Tal movimento, segundo a autora, abre caminho para retrocessos nos processos de avanços experimentados por esses segmentos e, neste caso, talvez o que pese mais, seja o fato de a previdência social, segundo maior orçamento do país, ser o objeto do desejo tanto do Estado quanto do mercado.

Nesse âmbito, no campo da saúde, assume destaque a problematização de duas premissas básicas: a) Crise do Estado, onde incide a ausência de projetos mais amplos para a

sociedade e, em consequência disso, prevalece à ausência de um amplo debate, bem como questionamento das constantes crises do mercado, que não consegue dar conta das demandas sociais e; b) Análises e reflexões acerca da formulação de políticas e programas de saúde, onde está posto a não diferenciação e, em consequência, a não integração das ações em saúde.

Com base nesses indicativos, o Estado assume ao mesmo tempo o papel produtor de serviços, provedor do direito à saúde e regulador dos serviços, sejam eles públicos e/ou privados, o que repercute em partes no esvaziamento da dimensão da política, em favor da dimensão técnica no processo de formulação e implementação dos planos e ações em saúde.

A partir dessas instâncias, é possível vislumbrar um privilegiamento da gerência em detrimento da dimensão da gestão; a dimensão da relação custo/efetividade em detrimento da dimensão da eficácia social, e das metas de cobertura em detrimento da dimensão do acesso e da acessibilidade aos serviços e produtos de saúde (COHN, 2009).

Nesse sentido, são frutos desse processo a baixa capacidade regulatória Estado, no que se refere à integração inter-intra setorial na gestão da área social; a incapacidade de articular a dimensão econômica e social das políticas sociais; a enorme dificuldade de reconhecer investimentos na área social como geradores de dinâmicas econômicas virtuosas quer do ponto de vista de geração de empregos, quer do ponto de vista de geração de novos circuitos econômicos que não aqueles circunscritos ao grande capital, em particular ao capital financeiro (idem).

Em decorrência disso, segundo Cohn (2009), o Brasil tido na América Latina como um baluarte e exemplo de reforma bem sucedida na área da saúde configura-se, hoje, como uma experiência peculiar, haja vista que o setor abraça a proposta tão cara às agências multilaterais de fomento ao desenvolvimento pelo avesso, através da distribuição altamente desigual dos equipamentos públicos de saúde, sobretudo, quando se leva em conta os equipamentos de maior complexidade, o que explicita por exemplo, o desconhecimento da gestão no tocante a composição público/privado dos equipamentos de saúde no país.

O que fundamenta o fato de a política de saúde no Brasil vir enfrentado diversos problemas nos últimos anos da década de 90, sobretudo, nos anos 2000, colocando em voga grandes desafios no âmbito do território nacional, regional e local.

Nesse viés, percebemos que uma das principais problemáticas do campo da saúde gira entorno das questões de financiamento, o que corrobora com as sinalizações do Relatório do CONASS (2011), quando assinala que este tem despertado a atenção, bem como a preocupação

crecente nos mais diversos segmentos da sociedade brasileira, haja vista a saúde tem-se mantido como:

1º- Um dos primeiros problemas enfrentados no cotidiano pela população (24,2%), seguido por desemprego (22,8%), situação financeira (15,9%) e violência (14%). 2º- Um item de gasto federal (depois de previdência e, excluídos os encargos da dívida). 3º - Item do gasto agregado das três esferas de governo equivalente a 8,4% do PIB, incluindo gasto público e privado, sendo que a participação privada corresponde a 4,91% do PIB.

De acordo com o respectivo relatório, no mercado privado o financiamento, por definição, tem sua origem a partir de contratos realizados por famílias e por empresas, mas a participação governamental pode estar presente, haja vista que no Brasil, essa participação se dá sob duas formas: a) Indireta - mediante incentivos fiscais, ou b) Diretamente - quando financia ou subsidia planos de saúde para seus servidores e dependentes.

A despeito disso, é importante ressaltar que em países como o Brasil com alta taxa de pobreza e forte concentração de renda, é relativamente baixo o percentual de pessoas que podem pagar serviços de saúde sempre que necessitam, muito embora mais de 90% da população seja usuária do SUS, apenas 28,6% utilizam exclusivamente o sistema público, a maioria (61,5%) utiliza o SUS e outros serviços (plano de saúde, pagamento direto), não usuários são apenas 8,7% (CONASS, 2011).

Esses dados apontam para uma cesta de consumo tipo mix público e privado, que se reflete na inusitada predominância da participação privada no financiamento do sistema de saúde como um todo.

Novamente reporta-se aos dados do Relatório do CONASS (2011), que menciona que para um gasto total estimado em US\$ 837 PPP per capita, a parcela privada responde por 58,4%. Cerca de 64,2% do gasto privado no Brasil é realizado com pagamento direto, o que significa dizer que os planos e seguros de saúde respondem pelos 35,8% restantes em que há a participação das empresas.

Neste sentido, compete a leitura de que apesar de o direito à saúde no país ser avançado, as decisões das plataformas de governo, nos últimos anos no Brasil associadas ao neoliberalismo e ao privilegiamento do capital, vem subsidiando a retração dos direitos sociais assegurados pelos elementos jurisdicionais, o que explicita o fato de a 7ª economia mundial ocupar a 85ª colocação quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano³ (IDH), no contrafluxo,

³ Indicador de qualidade de vida que considera os indicadores de: educação (alfabetização e taxa de matrícula); longevidade (expectativa de vida ao nascer) e renda (PIB per capita).

o país que detém a constituição cidadã, convive com altíssimos índices de pobreza e de desigualdade social no território nacional, regional e local.

Diante da insipiente operacionalização do SUS, da disparidade entre os documentos legais e a realidade social dos que usufruem do Sistema Único de Saúde, do sistema adotado pelos usuários, seja ele público ou privado, desde a década de 1990, tem havido a adoção de uma série de medidas por parte dos governos, nas esferas da União, Estados e Municípios, com vistas ao aperfeiçoamento da gestão, operacionalização e, por conseguinte, a ampliação da proteção social e atenuação das desigualdades socioeconômicas e sanitárias no país, promovendo, principalmente, o alcance de objetivos traçados em torno da atenção básica.

Para tanto, inicialmente no campo da saúde foram implementadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), entre as quais as destacam-se as seguintes medidas:

LEGISLAÇÃO (Período vigente)	PRINCIPAIS AÇÕES	DESAFIOS À CONSOLIDAÇÃO DO SUS NO PÓS 1988
NOB 91/92	Iniciou o processo de descentralização o processo de descentralização por meio da municipalização, estabelecimento da autonomia dos municípios, com definição suas funções.	Articulação frágil entre a rede de prestação de serviços de saúde.
NOB 93	Regulamentou os deveres das instâncias de negociação entre gestores: Comissão intergestores bipartite (CIB) e Comissão intergestores tripartite (CIT).	Participação Social Inadequada
NOB 96	Formalização do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (existentes desde 1987); No ano de 1994, criou o Programa de Saúde da Família; Criação do instrumento de Programação Pactuada e Integrada (PPI) – que definiria como seria a programação de oferecimento de serviços de saúde entre os municípios pertencentes a regiões de saúde, baseado no princípio de hierarquização e regionalização.	Ofertas de serviços desiguais no Brasil, a exemplo disto, a concentração de unidades de alta complexidade nas regiões Sudeste e Sul.

<p>NOAS 01/02</p>	<p>Criação de outro instrumento de gestão, o Plano Diretor de regionalização (PDR), a qual definiu as regiões de saúde no interior de cada Estado, baseado na negociação pactuada e solidária dos gestores para oferecimento dos serviços de saúde. Formalização do Plano Diretor de Investimentos (PDI) instrumento de planejamento orçamentário da saúde dos municípios.</p>	<p>Dificuldades de monitoramento dos resultados das intervenções de saúde; alimentação dos sistemas de informação deficiente; Falta de competência técnica dos gestores o exercício pleno de suas funções</p>
--------------------------	--	---

Quadro nº. 02 - Legislações estruturantes do SUS.

Fonte: Adaptação Cotta *et al.*, (2013).

Cotta *et al.* (2013), salienta a importância de se conceber a natureza e a dinâmica dessas legislações supracitadas durante o processo de operacionalização do sistema de saúde ao passo que estas foram se transformando segundo a capacidade de gestão e prestação de serviços de saúde dos estados e municípios.

De acordo com o respectivo autor, isto significa dizer que o processo de gerenciamento tanto na esfera estadual, quanto municipal, fora aprendido na prática, simultaneamente, ao tempo implantação e implementação, uma vez que os governos locais foram paulatinamente preparados para assumir o compromisso de gestão plena da saúde seguindo o princípio doutrinário de descentralização ora previsto nas Leis Orgânicas de Saúde (LOS).

Nesse sentido, segundo o CONASS (2011), mudanças mais recentes no processo de financiamento compartilhado do SUS tiveram como pano de fundo a normativa denominada Pacto pela Saúde, firmada no ano de 2006 por meio da portaria GM/MS nº 399, que consiste em um acordo entre os gestores do SUS mediante o estabelecimento de compromissos e metas acerca da melhoria de condições de saúde de um território, a qual passa a ser composto por três dimensões, assinaladas no quadro abaixo:

DIMENSÕES	PRINCIPAIS DEFINIÇÕES	AÇÕES
<p>PACTO PELA VIDA</p>	<p>Conjunto de compromissos sanitários, que deverão expressar uma prioridade inequívoca dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um;</p>	<p>Conjunto de metas relativo a seis problemas ou áreas prioritárias para a saúde: (a) saúde do idoso; (b) controle do câncer do colo de útero e de mama; (c) redução da mortalidade infantil e materna; (d) fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e <i>influenza</i>; (e) promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável; (f) fortalecimento da Atenção Básica.</p>

<p style="text-align: center;">PACTO EM DEFESA DO SUS</p>	<p>Reafirmação a fidelidade de todos com o sistema público que garanta a equidade e o acesso universal e a demonstração de que os recursos financeiros existentes são insuficientes para a materialização dos princípios constitucionais.</p>	<p>Repolitização da saúde, da promoção da cidadania através da mobilização social, saúde como um direito; divulgação da carta dos direitos dos usuários, defesa dos princípios do SUS; garantia do financiamento através da regulamentação da EC. 29.</p>
<p style="text-align: center;">PACTO DE GESTÃO</p>	<p>Deverá estabelecer as responsabilidades claras de cada ente federativo de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais evidente quem deve fazer o quê, contribuindo com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS.</p>	<p>Estabelecimento de diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação na saúde.</p>

Quadro nº.03 - Pacto pela Saúde.

Fonte: Adaptação normativa Pacto pela Saúde (2006).

Ressalta-se que um dos aspectos fundamentais da respectiva normativa é resguardar a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), por meio da pactuação das diretrizes e dos processos essenciais a fim de possibilitar uma maior flexibilidade para a adequação das diretrizes às especificidades locais e regionais e, por conseguinte, fortalecer o papel das Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

A adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), veio substituir anteriores processos de habilitação, tendo como finalidade promover inovações nos processos e instrumentos de gestão ao estabelecer metas e compromissos para cada ente da federação.

Nesse contexto, a descentralização redefine responsabilidades entre os entes governamentais e reforça a importância dos executivos subnacionais na condução da política de saúde, pois envolve a transferência de poder decisório, da gestão de prestadores e de recursos financeiros, antes concentrados na esfera federal para estados e, principalmente, para os municípios.

Informado por matrizes ideológicas e experiências diversas, o fortalecimento dos governos municipais se justifica como forma de promover a democratização, melhorar a eficiência e os mecanismos de *accountability*⁴ nas políticas públicas, respeitando o desenho federativo e atendendo aos interesses territoriais da nação (LIMA LD *et al.*, 2012).

⁴ Termo inglês que se fundamenta na prestação de contas, sobretudo de forma ética. Frequentemente é usado nos processos administrativos por ser considerado como um aspecto central da governança, tanto na esfera pública como na privada, que segundo Gohn (2003), alterou o padrão e o modo de pensar a gestão de bens públicos, uma vez que a esfera pública não-estatal é incorporada via novos atores sociais, essas estruturas emergentes vêm paulatinamente, substituindo as funções tradicionais do Estado, pelo menos nas áreas de política ambiental e social.

Neste aspecto, a regionalização é a porta de entrada das diferenças loco-regionais, assim, por intermédio do monitoramento da distribuição regional das transferências federais do SUS é possível conhecer a evolução da política de saúde em relação à equidade alocativa geográfica no território brasileiro, questão essa que será abordada no sub-tópico a seguir.

1.1 REGIONALIZAÇÃO: NOVAS PERSPECTIVAS PARA O SUS.

A regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, cuja principal atribuição está em fomentar a distribuição de poder, bem como estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, organizações, cidadãos), de modo a impulsionar a criação de instrumentos de planejamento, integração e coordenação assistencial, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território.

Nesse sentido, os objetivos da regionalização da política de saúde no Brasil consistem em:

- a) Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal; b) Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país; c) Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema; d) Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região; e) Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (BRASIL, 2006, p. 49).

Segundo Ibáñez (2012), o Pacto Pela Saúde aponta que essas medidas são de extrema relevância, uma vez que os resultados do processo de regionalização em contextos histórico-estruturais e político-institucionais no Brasil apresentam-se desfavoráveis. Segundo o autor, o Estado Brasileiro vivencia a necessidade de fortalecimento do enfoque territorial no planejamento, a fim de integrar a atenção à saúde aos investimentos federais, estaduais e municipais e assim promover um enfoque mais integrado entre as políticas sociais, econômicas e de saúde.

Para alcançar tal feito, foram estabelecidas as Regiões de Saúde⁵, que devem organizar a rede de ações e serviços de saúde, a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, favorecendo assim, a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social.

Assim, nos dias atuais é de suma importância enxergar a saúde a partir da perspectiva geográfica, uma vez que os territórios expressam as condições de existência do ser humano, o que permite entender as desigualdades sócio espaciais e suas consequências para o bem-estar social, que transcende as especificidades no tocante a saúde, como simples ausência de doença, tendo como referência conceito ampliado de saúde.

Essa perspectiva é de fundamental importância quando se pensa a extensão, alcance e operacionalidade da proteção social, ao passo que a situação geográfica como categoria de análise do território considera as heranças dos processos históricos e ajuda a compreender algumas direções que orientam as dinâmicas futuras dos lugares e, assim, pode servir de apoio à formulação de políticas públicas condizentes com as realidades e necessidades de cada localidade (VIANA *et al*, 2007).

Partindo desse pressuposto, tomam-se como referência, as sinalizações de Queiroz (2004) quando pontua que, a política de saúde brasileira associada às demais políticas públicas tem como desafio romper com a heterogeneidade geográfica e socioeconômica do território nacional através da implantação de medidas voltadas para inclusão social, redistribuição de renda e redução das iniquidades estruturais, criação de políticas redistributivas – e não compensatórias, de um novo modelo de desenvolvimento social que não reduza o investimento público na saúde e consolide a superação dos traços patrimonialista e paternalista que emperram o processo estratégico das ações, possibilitando, sobretudo, a superação da pobreza, a desigualdade e consubstancie a justiça social no país.

Em síntese, de acordo com Brasil (2006), a regionalização fomentada pelo Pacto pela Saúde congrega essa perspectiva, ao passo que a gestão e ações em saúde devem estar ancoradas nos seguintes pressupostos:

- a) Territorialização: Reconhecimento e apropriação pelos gestores dos espaços locais, por intermédio da interlocução com população, tendo como ponto de partida os dados

⁵ São recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território (Pacto pela Saúde, 2006)

demográficos e epidemiológicos fornecidos pelos equipamentos sociais⁶ existentes; apreensão das dinâmicas de redes de transporte e de comunicação; fluxos assistenciais seguidos pela população; discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para intervenção no processo saúde – doença, assim como o próprio contexto histórico e cultural da região;

- b) Flexibilidade: Consiste em respeitar as diversidades regionais próprias de um país de grandes dimensões como o Brasil, expressas no processo de identificação das regiões de saúde, onde é de suma importância a ênfase na flexibilidade, uma vez que realidade dos territórios tende a ser composta por vários municípios e/ou municipalidades, evidenciando demandas heterogêneas;
- c) Cooperação: Ação conjunta entre as esferas de governo, gestores e equipes técnicas no processo de implementação regional do SUS, por meio do partilhamento de experiências, estabelecimento de ações de apoio e busca de soluções solidárias para as dificuldades enfrentadas no território;
- d) Cogestão: Caracteriza-se pela exigência de esforços permanentes dos gestores, sejam eles políticos e técnicos, no tocante a ações de planejamento, articulação e pactuação, expressos sob a forma da efetivação do Colegiado de Gestão Regional (CGR), o qual propicia um novo significado as relações entre os gestores de saúde à medida que permite desenvolvimento de ações solidárias e cooperativas nas funções de planejamento, programação, coordenação, execução e avaliação de ações, das estratégias e serviços regionais;
- e) Financiamento solidário: Onde se faz necessário uma clara definição dos recursos financeiros destinados a apoiar os processos e iniciativas que a envolvem, devendo haver prioridade nas ações que fortaleçam as estratégias nacionais e estaduais, assim também, o Plano Diretor de Investimento e o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços nos espaços regionais com vistas a garantir o acesso à saúde nas Regiões de Saúde;

⁶ Como por exemplo, associações, igrejas, escolas, creches e dentre outros.

- f) Subsidiariedade: Consiste em um norteamento do processo de tomada de decisão, cuja função não deve ser repassada à esfera subseqüente, na ordem prática, esse indicativo indica que esfera local, sempre que puder, deve assumir as responsabilidades mínimas, que por ora não partilhadas, num segundo momento, necessitam ser objetos de compartilhamento entre as esferas de gestão;
- g) Participação e Controle social: Constituem-se enquanto um princípio doutrinário do SUS que vem possibilitando significativos avanços no que tange ao aprimoramento da política de saúde, que se figuram enquanto um espaço de participação direta mediante as conferências e conselhos de saúde, em todas as esferas de gestão, de onde é imprescindível por parte dos gestores, o estímulo e o apoio a mobilização e participação social.

Como fora explicitado anteriormente, as Regiões de Saúde passam a ser o ponto de partida do planejamento regional⁷, sendo de fundamental importância, a assinatura do Termo de Compromissão de Gestão, que especifica a responsabilidade de cada ente no processo de Regulação e de Programação Pactuada e Integrada, tendo como base os seguintes parâmetros:

- a) Plano Diretor de Regionalização (PDR): deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde em suas diferentes formas, em cada Estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, promoção da equidade, integralidade da atenção, qualificação do processo de descentralização, racionalização de gastos e a otimização de recursos;
- b) Plano Diretor de Investimento (PDI): deverá expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual, por assim ser, no âmbito regional deve refletir as necessidades e alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, tendo como elemento norteador o desenho regional e a macrorregião no que se refere à alta complexidade para contemplar as necessidades da área da vigilância em saúde, desenvolvida de forma articulada com o processo da PPI e do PDR;

⁷ Mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado. (Idem)

c) Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI): Deverá definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores, além de explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

REGIÕES DE SAÚDE	COMPOSIÇÃO	PROCESSO DE RECONHECIMENTO
Intramunicipais	Organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional.	Deverão ser reconhecidas como tal, não precisando ser homologadas pelas Comissões Intergestores.
Intraestaduais	Compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado.	Deverão ser reconhecidas nas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para conhecimento e acompanhamento do MS.
Interestaduais	Conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados.	Deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação da Comissão Intergestores Tripartite. ⁸
Fronteiriças	Conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos	Deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação na Comissão Intergestores Tripartite.

Quadro nº 04 - Desenhos das Regiões de Saúde

Fonte: Adaptação Brasil (2006).

Neste sentido, destaca-se alguns pontos essenciais no processo de pactuação do Planejamento Regional, a saber:

- ✓ Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
- ✓ Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;

⁸ O desenho das regiões intra e interestaduais deve ser submetido à aprovação pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde (idem).

- ✓ Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- ✓ Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento, tais como: planos, relatórios e programações a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes;
- ✓ Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

Mediante este resumo acerca do aparato gerencial em torno da gestão da política de saúde, compete a leitura que a regionalização das ações é uma tarefa árdua, porém necessária.

Sendo de suma importância que a União, os Estados e, principalmente, os Municípios assumam a responsabilização pelos serviços de saúde em suas respectivas localidades, de tornar este processo de planejamento mais acessível à sociedade civil, consolidando potencialidades no que se refere ao enfrentamento das expressões da questão social⁹, discussão que será fomentada com maior afinco nos tópicos subsequentes.

1.2 MUNICIPALIZAÇÃO: A BASE DE ORGANIZAÇÃO DO SUS

Na ordem prática, como já fora dito, a municipalização é base de organização do SUS. A transferência das responsabilidades para os municípios favorece, possibilita e garante a direção unívoca das ações dos serviços em virtude da grande proximidade do poder local por meio da participação e controle social (VIEIRA, 2004 apud ZANCHI, 2012, p.125).

A partir desta sinalização, pontua-se que em consonância a prerrogativa dos pactos, em 28 de junho de 2011, é publicado o Decreto de nº 7508¹⁰, que dispõe sobre a organização do

⁹ Segundo Netto (2001), compreensão da questão social típicas dos espaços urbanos está em entender o fruto da contradição entre a produção e usufruto dos bens e serviços, está para além do conflito capital x trabalho, a mesma está posta na leitura do seu período histórico e suas particularidades, onde estão inclusas relações de classes, geracionais, de gênero, de etnias em formações sociais específicas, não obstante, o autor assinala que, não existe uma nova questão social, porém novas expressões da questão social forjadas sobre a característica vital do sistema capitalista, a exploração, as questões relacionadas ao trabalho são evidentes, no entanto, é inerente entender mais, bem mais, principalmente, no que tange ao aspecto histórico, nacional, cultural e geopolítico.

¹⁰ Para maiores detalhes vide:

Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, que explicita muito bem e reforça simultaneamente a forma de organização das ações de saúde no âmbito dos municípios.

Assim sendo, segundo o Artigo de nº 2 do respectivo decreto, o processo de municipalização dar-se-á a partir das seguintes considerações:

I - Região de Saúde	Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Deverão incorporar, no mínimo, ações e serviço que contemplem: a) atenção primária; b) urgência e emergência; c) atenção psicossocial; d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e) vigilância em saúde.
II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde	Responsável pelos os indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;
III - Portas de Entrada	Serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS
IV - Comissões Intergestores	Instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;
V - Mapa da Saúde	Descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;
VI - Rede de Atenção à Saúde	Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;
VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto	Serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial;
VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica	Estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Quadro nº 05 - Municipalização do SUS

Fonte: Adaptação do Decreto de nº 7508/11

Um instrumento de grande relevância nesse processo é o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), uma vez que potencializa questões gerenciais (indicadores, metas, estratégias e dentre outras) e ainda preconiza o fortalecimento do sistema de saúde por intermédio da garantia da gestão participativa, incorporação da avaliação do usuário das ações, bem como dos serviços ofertados como ferramenta de sua melhoria, apuração permanente das necessidades e interesses do usuário e publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS - inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Neste ínterim, pontua-se a relevância do fortalecimento do âmbito político no plano das negociações entre os gestores do SUS e entre os diferentes representantes dos segmentos da sociedade civil e trabalhadores da saúde, uma vez que há aposta que um efetivo sistema de saúde sob as bases ideológicas e solidárias exige a construção de uma aliança política capaz de consolidar, paulatinamente, sujeitos sociais ativos e integrantes de um processo de saúde que caminhe em direção a recondução da consciência sanitária, ciente das pluralidades e necessidades advindas das diversidades de forma otimizada, capaz de consolidar um projeto social de mudança no interior do setor de saúde (COTTA *et. al*, 2013).

Daí a relevância de pensar e problematizar o lugar dos Conselhos Gestores (CIB, CIT, CONASS, COSEMS e CONASEMS), bem como as Conferências de Saúde no processo da ação partilhada e compartilhada do SUS, uma vez que são espaços que oportunizam não somente o planejamento, mas também o estímulo ao debate e à adequação da prestação de serviços aquedados as peculiaridades locais e regionais.

Assim sendo, os Conselhos de Saúde são apreendidos nesse estudo como porta de entrada para efetividade da participação no exercício do controle social no campo da saúde, ora assegurado pela Lei 8.142/90. Para alcançar tal feito, é inerente que essas instâncias detenham em sua essência a competência de concatenar: a) poder decisório; b) Composição e Proporcionalidade representativa; c) Competência Técnica; d) Representatividade; e) Legitimidade e f) Transparência e Socialização das Informações.

Contudo, de acordo Luchmann (2002), embora haja todos estes indicativos, muitos são os problemas relativos à efetividade da participação social no âmbito da saúde, os quais são de diferentes naturezas e magnitude, onde estão postas questões políticas, econômicas, social e cultural, relativos a uma sociedade cujas políticas públicas e sociais estão arraigadas nos pilares do clientelismo, autoritarismo e das desigualdades sociais, frutos de questões estruturais relacionados a:

a) Ao Estado - onde incide o desrespeito e não homologação das deliberações do conselho; possível ocultação ou deturpação das informações; a não reserva e repasse de recursos para funcionamento dos conselhos; prevalência da cultura autoritária e clientelista; persistência de práticas de corrupção; conflito de interesses; entraves burocráticos; má vontade política; despreparo técnico dos gestores; descumprimento contumaz da legislação e dentre outros;

b) Aos próprios Conselhos de Saúde - Onde incide a falta de representatividade dos conselheiros; carência de informações e conhecimentos sobre o SUS, funcionamento do conselho e papel dos conselheiros; falta de autonomia; prevalência da cultura da submissão e/ou defesa de interesses particulares; falta de comprometimento e precária articulação com as bases de representação; o conflito de interesses; a frágil capacidade de mobilização e precária organização das entidades representativas; o enfoque nas ações de controle em detrimento das ações propositivas; o predomínio de discussão de questões periféricas; as reuniões em número insuficientes e em condições precárias e dentre outras.

Nesse viés, compete a leitura que a gestão do SUS ainda precisa avançar bastante no que tange a esfera democrática, no desenvolvimento de um projeto societário de cunho emancipatório e transformador, fundado em valores e práticas voltados para consolidação de uma cidadania plena, na superação das noções patrimonialista, bem como na efetiva participação dos cidadãos, historicamente excluídos dos processos de tomada de decisão.

1.3 BREVES NOTAS SOB OS ASPECTOS HISTÓRICOS E CONTEMPORÂNEOS A DESPEITO DA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL DAS AÇÕES EM SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, o setor da saúde fora de suma importância para a transformação do controle social que possibilitou o protagonismo da sociedade civil organizada na defesa de sua cidadania. Esse contexto é marcado, sobretudo, pelo Movimento de Reforma Sanitária (MRS) iniciado na década de 70, a qual culminou no reconhecimento constitucional da saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Durante o século XX, especificamente na década de 1980, é possível vislumbrar uma profunda reforma no sistema público de saúde, essencialmente ligada à crise econômica¹¹ e ao processo de democratização que impulsionaram tanto a crítica, quanto o questionamento do modelo de intervenção adotado pelo Estado no âmbito da saúde, aos poucos os recursos diminuía e a relação entre público/privado paulatinamente se dissolvia (CANESQUI, 2000).

Esse contexto permitiu abertura do debate sobre o modelo de saúde adotado pelo país, que resultaram intensas discussões sobre saúde pública nos simpósios, encontros e conferências, os quais deram origem ao Movimento Sanitário, ora composto por pensadores, trabalhadores da área de saúde, políticos opositores ao governo que propuseram uma agenda alternativa ao modelo de saúde, a partir de então, o eixo das ações encabeçadas pelos movimentos sociais em saúde passaram a defender e fomentar um sistema de saúde integrado, de corte descentralizador e universal.

Nesse sentido, é importante frisar que o Movimento de Reforma Sanitária estabeleceu uma crítica veemente a mercantilização da medicina e ao privilegiamento do financiamento estatal para o setor privado, porquanto se buscava a transformação no setor da saúde no Brasil, visando à melhoria das condições de vida e de atenção à saúde da população, de modo que estas pudessem exercer o direito pleno de cidadania.

Esse movimento ganhou ainda mais força por meio das ações populares, associações, sindicatos, igreja católica e dentre outros, entre os quais destacam-se: Movimento de Saúde da zona leste de São Paulo; as Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSAT); Associações de Moradores de Bairros (FAMERJ); Favelas (FARFERJ), Sindicato dos Médicos; Campanha da Fraternidade (CNBB) com o tema: “Saúde para todos”. Nesse cenário, a história registra a presença maciça da sociedade na luta pela construção de espaço democrático, na luta por políticas públicas e sociais, principalmente, no âmbito da saúde, objetivando melhoria das condições de vida da população brasileira (ANDRADE, 2007).

Como expressão desse processo de mobilização no âmbito da saúde, tem-se a realização da VII Conferência Nacional de Saúde, que incitou o governo a criar o Programa de Saúde Básica Nacional efetivada por intermédio do Prevsauúde, originando um Sistema Único de

¹¹ Durante o governo militar as questões em torno da saúde se tornaram ainda mais complexas, em função da privatização das ações em saúde; da dependência dos órgãos públicos aos orçamentos fiscais federais, estaduais e municipais; pela ausência de hierarquia, regionalização bem como integração entre os diferentes tipos de serviços; pela alta centralização dos recursos e de poder decisório na esfera federal; pela privatização da oferta dos serviços curativos; pela exclusão de segmentos importantes da população dos benefícios da política e dentre outros, para maior detalhes ver Cotta et al, 2012.

Saúde para toda população brasileira, em todos os níveis de atenção, definindo a iniciativa privada em nível complementar, todavia, este projeto nunca saiu do papel, não em sua integralidade, uma vez que era oneroso demais para instituições, sobretudo para a Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

Aos poucos esse quadro foi mudando, no ano de 1981, fomentou-se a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), com a função de analisar e racionalizar os gastos, bem como buscar soluções para melhoria da assistência médica, a partir do qual elaborou-se um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde que incorporou muitas das propostas da Reforma Sanitária, dando origem às Ações Integradas de Saúde (AIS), que por sua vez geraram as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CISs), transformando-se algum tempo depois nos Conselhos de Saúde, que subsidiaram um ano depois a implantação Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUD's) (ZANCHI, 2012).

Um pouco mais tarde, no ano de 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, na cidade de Brasília, que contou com a participação de aproximadamente 5.000 pessoas, entre eles trabalhadores da saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças sindicais e populares, fruto do debate que possibilitou ganhos expressivos no que tange a reestruturação do sistema de saúde no país.

Entre os méritos desta conferência se consolida a definição do conceito ampliado de saúde sob influências do Relatório de Lalonde, a Carta de Otawa e a Conferência de Alma-Ata¹², onde a saúde em sentido pleno, passa a ser concebida enquanto fator resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso a serviços de saúde.

Assim sendo, são frutos desse momento histórico, a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUD's), que entra em vigor através do decreto presidencial de 20 de julho de 1987 e, num segundo momento, a incorporação de um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes concernentes a saúde na Constituição de 1988.

¹² O relatório de Lalonde (1974), salientou a discussão em torno dos fatores sociais e ambientais, estilo de vida, biologia humana e organização dos serviços de saúde, por terem sido considerados fatores que inter-relacionam e explicam o fator saúde-doença-adoecimento. Igualmente importante, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde –Alma Ata (1978), reforçou o conceito de saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e um direito humano fundamental. Na I Conferência Internacional de Promoção a Saúde – Otawa (1986), a promoção a saúde é vista como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação nesse processo, além de abordar os pré-requisitos de saúde (paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade). (COTTA et al, 2013, p. 23)

Desde então, a saúde passou a ser definida como resultante de políticas sociais e econômicas como direito de cidadania e dever do Estado, e, parte constitutiva da seguridade social, cujas ações e serviços devem ser providos pelo Sistema Único de Saúde, sob o viés de ações descentralizadas em cada esfera de governo, com caráter integral e participativo com a comunidade, todavia, sem deixar de manter a liberdade da iniciativa privada em nível complementar.

Portanto, o SUS nascido com a Constituição de 1988 representa o maior avanço político, democrático e social no âmbito da saúde, ao passo que consagrou “*a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado*”, conforme dispõe os artigos 196, 197, 198 e 200. Na ordem prática, nos anos 90, o direito à saúde passa a ser regulamentado através das Leis Orgânicas de Saúde (LOS)¹³;

- a) Lei 8.080/90 - instituída no dia 19 de setembro de 1990, que em síntese dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de conter os critérios de organização e funcionamento dos serviços de saúde;
- b) Lei 8.142/90 - instituída no dia 28 de dezembro de 1990, que dispõe acerca da Participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências entre governos de recursos financeiros para dar suporte a política de saúde representados pelos conselhos de saúde pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretárias de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional Municipais de Saúde).

Tais mecanismos legais passaram a assegurar a cidadão, independente de contribuição, o direito à saúde e a participação no processo de tomada de decisão por meio dos espaços públicos expressos sob a forma das Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde¹⁴. Assim, diferentemente de tudo que se havia vivenciado em termos de controle social no país, a participação da sociedade civil, expressão de lutas empreendidas por intelectuais orgânicos e movimentos sociais, foram efetivamente assegurados sob a forma de lei e nas práticas das instâncias governamentais e não governamentais.

¹³ Em obediência aos ditames constitucionais, a Lei nº. 8.080/90, promulgada em 19 de setembro de 1990, no inciso VIII do artigo 7º, determina entre princípios e diretrizes do SUS a participação da comunidade (Brasil, 1990⁹). Contraditoriamente, esta lei foi aprovada pelo então presidente da República do Brasil, Fernando Collor com uma série de vetos aos artigos que versavam justamente sobre o exercício da participação popular e o financiamento do setor de saúde, o que na prática significaria “ferir de morte” à viabilização do SUS, da forma como foi idealizado MRS (COTTA *et al*, 2013, p.188)

¹⁴ São reconhecidos como resultado da revitalização da sociedade civil durante o processo de redemocratização do país e uma derivação direta das exigências em prol da saúde como um direito universal a ser garantido pelo Estado. Essa nova ótica é resultante, sobretudo, da crise da democracia representativa liberal que abre espaço para emergência de uma democracia notoriamente participativa, o que elucubra a repulsa por parte da sociedade civil organizada à uma política elitista, paternalista e desigual no âmbito das políticas públicas e sociais.

Doravante, a política de saúde passa a ser gestada pelo Estado de forma mais horizontalizada, representando o conjunto e, não somente, os grupos hegemônicos, tendo como fundamentos: a) acesso ao sistema de saúde; b) atenção à saúde e; c) educação para à saúde (ZANCHI, 2012).

“[...] a legislação nacional, constitucional e infra institucional avançou na área da saúde [...] a saúde hoje é tratada numa secção especial do Capítulo da Seguridade Social; além desse tratamento legislativo específico, a saúde ficou numa posição relevante, decorrente da prevalência concedida, no texto da Carta Magna, à ordem social em relação à ordem econômica; [...] a saúde passou a figurar como a única atividade pública, socialmente útil, caracterizada constitucionalmente como de relevância pública (art. 197 da Constituição); houve a determinação da participação da comunidade na formulação e gestão das ações e serviços de saúde passou a ser tratada com prioridade na solução do macroproblema sanitário do País [...]” (CARVALHO apud VIANA *et al*, 2000, p. 121).

Nesta instância, as políticas sociais, entre elas, a políticas de saúde, em seus respectivos modelos assistenciais, constituem-se enquanto elementos indispensáveis para (re) pensar, problematizar, fomentar e concretizar direitos de cidadania conquistados e previstos pelas leis, uma vez que estes redirecionam o fazer político dos governantes.

Dito isto, é de suma importância enfatizar que o “fazer” no âmbito das políticas públicas e sociais não significam só ação, mas também não-ação intencional, à medida que perpassam por uma escolha dos governos em fazer ou não, o que sobrevém a necessidade de problematizar a noção de conflito típicos da política, das lutas de classes, do âmbito contraditório, da luta pelo poder-entre público e privado (PEREIRA, 2009).

Assim, parte-se do pressuposto que a reformulação da *Policy Science*¹⁵ visa resgatar a relação orgânica entre teoria política e prática política através do caráter multidisciplinar, intervencionista e normativa, cuja centralidade das ações está em definir como devem ser as coisas, definição que transcende o aparelho estatal e se inscreve, na contemporaneidade, na relação Estado/sociedade tendo como norteamento a noção da *res pública* - da coisa pública.

Lugar de onde é imprescindível pensar o interesse comum, a divisão de responsabilidades entre Estado, Mercado, Família, terceiro setor e dentre outros. Essa nova configuração aponta para o desenvolvimento do controle social e/ou embate político para que as ações dos governos possam assegurar os direitos sociais historicamente conquistados.

¹⁵ Ramo do conhecimento surgido nos EUA e na Europa durante o período pós-guerra, cuja finalidade em sua origem consistiu em, compreender a dinâmica das relações entre governos e cidadãos visando extrapolar as questões normativas e morais, haja vista que, com o Estado Moderno se apresentava uma nova realidade social (PEREIRA, 2009)

Nessa linha de raciocínio, os desdobramentos políticos e econômicos revelam que está ação não pode e, não deve ser fomentada unicamente pelos Estados e seus respectivos governos, porquanto, urge a necessidade de a sociedade civil empreender a luta cotidiana pela cidadania, em fazer valer os direitos ora assegurado pelas leis.

Uma forma de expressão desta luta tem como imperativo o exercício do controle social, este quando organizado, tende a minorar a desigualdades postas pelas mãos do capital, a participação se apresenta enquanto um eixo estruturante para o alcance da cidadania plena, que na ordem prática, deve permitir colocar no cenário político as insatisfações, necessidades e anseios dos atores no tocante a implementação das políticas públicas e sociais em nosso país.

No campo da saúde, esse movimento é expresso, sobretudo, no processo de planejamento do SUS, que nos dias atuais, necessita principalmente de avaliação e monitoramento com base em indicadores a serem discutidos com a população, o que requer sem sombra de dúvidas, um processo de inclusão capaz de oportunizar a conscientização das forças em jogo, de estabelecer a possibilidade de negação “do dominante”, de tecer críticas quanto às ações executadas e, principalmente, de pensar o diferente no processo de gestão, planejamento e execução das políticas públicas (FALEIROS, 2003).

1.3.1 PARTICIPAÇÃO NO EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL: ESPECIFICIDADES DOS CONSELHOS GESTORES DE SAÚDE.

Como fora dito anteriormente, apesar dos avanços legais conquistados, o SUS vem enfrentando inúmeras dificuldades, isso se deve ao fato dos primeiros representantes eleitos optarem pela política econômica neoliberal fundamentada no Estado mínimo para o social e amplo para o mercado. Essa escolha vem refletindo ao longo dos anos consideravelmente na qualidade das ações em saúde, uma vez as plataformas de governos vêm mantendo um alto incentivo para o setor privado em detrimento de escassos recursos destinados ao setor público.

Para além disso, outro entrave posto está essencialmente correlacionado ao princípio da participação popular, haja vista que incide a imaturidade política apresentada por diversos segmentos sociais se articularem politicamente seja nos conselhos e conferências de saúde, o que põe em voga uma “democracia débil”, que possibilita a colonização dos espaços públicos e coletivos por interesses particulares, partidários, clientelistas e até mesmo por usuários com patologias específicas (PAIM, 2008, apud COTTA, *et al.* 2013).

Contudo, Nogueira (2002) parafraseando Teixeira (2002, p. 32) denomina este processo enquanto o escopo da participação cidadã, a qual é permeada por interesses dúbios, ao passo que ora expressa a intenção de determinados atores de interferir no processo político-social visando valer os seus valores e interesses, por outro lado, expressa o elemento cidadania, no sentido cívico, enfatizando as dimensões de universalidade, generalidade, igualdade de direitos, responsabilidades e deveres.

Historicamente, este cenário de disputas, conflitos e dissensões não é algo novo, que por um lado, dificultou a implementação do SUS, por outro, fez emergir a discussão da participação social sob um novo aspecto social que passou a ser compreendida sob a forma da “boa governança”, o formato pela qual se pretende qualificar a gestão de forma equitativa na distribuição dos recursos, de acesso aos serviços e, por conseguinte, propiciar melhoria da atenção e acesso aos serviços de saúde no país.

Com bases nessas sinalizações, apreende-se a participação social enquanto arena política onde estão postas diferentes forças sociais que necessitam se desenvolver, influenciar, formular, executar, fiscalizar e avaliar as políticas públicas, os serviços básicos no âmbito social - saúde, educação, habitação, transporte e outros.

Assim, é possível conceber a participação no exercício do controle social enquanto mecanismos de monitoramento das ações do Estado frente às demandas sociais, onde está implícita a relevância da articulação da participação popular e/ou cidadã no processo de tomada de decisão dentro dos Conselhos Gestores.¹⁶

Os conselhos gestores de políticas públicas são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas (TATAGIBA 2002, p. 54).

Estes são pautados na concepção de participação social que tem eixo estruturante a universalização dos direitos e a ampliação do conceito de cidadania regulada por uma nova compreensão do caráter e papel do Estado.

Nesse sentido, os conselhos devem ser visualizados como o “lugar do fazer político”, onde o controle é exercido pela sociedade através da sua presença organizada por intermédio

¹⁶[...] além da Lei 8.142/90, da Resolução nº 453/12 e o Decreto de Lei nº. 7.508/11, que tratam, especificamente no âmbito da saúde, da participação social dos conselheiros, há outras leis relativas à gestão pública que regulam processos relacionados à participação social por exemplo [...] à Lei nº. 8.666/93, que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública [...] Lei 8.689/93 e na Lei nº. 8.666/93 visam assegurar a transparência na aplicação dos recursos públicos- condição absolutamente necessária para a participação social (Carvalho, 2007 *apud* Cotta, *et al.* 2013, p. 177).

de diversos segmentos, cuja finalidade consiste em fomentar uma ação política voltada para construção de uma cultura alicerçada nos pilares da democracia participativa (BRAVO, 2001).

Assim, os conselhos gestores distinguem-se de outras experiências de conselhos vivenciados pela sociedade brasileira ao passo que são forjados a partir de três dimensões:

a) Composição plural e paritária – nelas são representadas as organizações da sociedade civil e agências do Estado portadoras de interesses e valores não apenas distintos, mas também antagônicos, onde está posto a dicotomia entre Estado/sociedade; b) Processo dialógico – vislumbrado a partir do processo argumentativo na resolução dos conflitos inerentes à diversidade dos interesses em jogo, que são utilizados para balizar os acordos a partir de princípios éticos elementares relacionados a vida pública e c) Instâncias deliberativas – com competências legais para formular políticas e, respectivamente, a fiscalização de sua implementação, podendo ainda redefinir prioridades segundo a disponibilidade de recursos e outros, a qual apresenta-se como a principal força dos conselhos, à medida que é capaz induzir, a reforma democrática do Estado (TATAGIBA, 2002)

No campo da Saúde os conselhos passam a ser instituídos a partir da lei 8.142/90, sancionada em 28 de dezembro de 1990, pelo então Presidente Fernando Henrique Cardoso, com vistas a recuperar os aspectos originais da reforma sanitária especialmente no que tange à participação popular e ao financiamento do setor de saúde ao assegurar que,

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, 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.

§ 1º 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.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho [...]

Na contemporaneidade, os conselhos de saúde juntamente com as conferências de saúde são reconhecidos como resultado da revitalização da sociedade civil durante o processo de

redemocratização do país e uma derivação direta das exigências em prol da saúde como um direito universal a ser garantido pelo Estado.

Essa nova ótica é resultante, sobretudo, da crise da democracia representativa liberal que abre espaço para emergência de uma democracia notoriamente participativa, o que elucubra a repulsa por parte da sociedade civil organizada a uma política elitista, paternalista e desigual no âmbito das políticas públicas e sociais.

Desta forma, os Conselhos passam a discutir o direcionamento da política de saúde em cada esfera e propor diretrizes de ação. A composição plural e paritária, o processo dialógico e as instâncias deliberativas através da participação no interior dos conselhos imprimiram uma nova ótica de gestão, com vistas à democratização às instâncias do poder, à proteção e à dinamização da cidadania (MARTINS *et. Al*, 2008; LABRA apud NOGUEIRA, 2000).

Mediante a promulgação da Lei n. 8.142/90 os Conselhos de Saúde passam a atuar na cogestão do SUS nas três esferas de poder, interferindo na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições estas que são também do próprio Poder Executivo e do Poder Legislativo.

Estes devem ser criados por intermédio de lei municipal, estadual ou federal com base na respectiva lei, todavia, é de suma importância enfatizar que paralelo a isso, seja durante o processo de criação, bem como reformulação do conselho, o poder público, com base nos princípios democráticos, deve acolher as demandas da população, consubstanciadas nas resoluções das conferências de saúde (BRASIL, 2003).

Ademais, em síntese, de acordo com Vieira apud Zanchi (2012), os municípios para instituir seus respectivos conselhos de saúde devem possuir a seguinte infraestrutura:

- a) Conselho Municipal de Saúde - em atividade comprovada
- b) Fundo Municipal de Saúde - contendo uma conta bancária específica gerenciada por um conselho gestor composto por representantes da comunidade, pelo Poder Público e por prestadores de serviços de saúde;
- c) Plano Municipal de Saúde - com definição de metas e aplicação dos recursos;
- d) Contrapartida de Recursos Municipais - com financiamento das ações e serviços por orçamento próprio, com aplicação mínima de recursos da ordem de 10% do orçamento municipal;

- e) Planos de cargos, carreiras e salários para os servidores da área de saúde;
- f) Manutenção do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) - em nível municipal;
- g) Condições técnicas para o planejamento, a operacionalização de serviços e recursos disponíveis, e a execução do orçamento dentro do princípio do SUS.¹⁷

Nesse ínterim, de acordo com a pesquisa realizada pelo DATASUS (2011), entre os anos de 2007 e 2008 o estado brasileiro registra o montante de 5.554 Conselhos Municipais e 27 Conselhos Estaduais cadastrados, o que implica cerca de 86.414 conselheiros municipais, atuando supostamente como sujeitos políticos.

Registra-se também que essas instâncias de exercício de controle social de base vem sofrendo um outro processo de descentralização, dada a crescente institucionalização de Conselhos Regionais, Conselhos locais, Conselhos Distritais Sanitários Indígenas e a participação não institucionalizada da sociedade civil, por meio de associações de moradores, entidades religiosas, movimentos femininos e dentre outros, tais modificações revelam a necessidade, bem como capacidade que a sociedade detém de assumir formas conscientes e políticas de organização (COTTA *et al*, 2013).

Nessa perspectiva, compete a leitura que os conselhos de saúde, conferências de saúde e organização não institucionalizada da sociedade civil, figuram-se enquanto mecanismos de controle, afirmação do SUS e, concomitantemente, participação e oposição à política econômica neoliberal, que vem drasticamente incitando a desregulamentação dos direitos sociais, entre eles o de saúde, lugar de onde é imprescindível problematizar o legado e, paralelamente, o desafio posto a participação política e cidadã no âmbito da gestão e exercício do controle social no campo da saúde no Brasil.

¹⁷ De acordo com parágrafo único do artigo 4º/ lei 8.142 “O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União”

1.4 LEGADOS E DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO POLÍTICA E CIDADÃ NO ÂMBITO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO NACIONAL E LOCAL

O conceito de participação é bastante amplo, isso porque o mesmo engloba vários paradigmas, onde estão postas visões liberais, corporativas, comunitárias, cooptativas e democráticas, uma vez que conceito de participação é ambíguo, que varia de acordo com o tempo e o espaço, as vivências e experiências dos sujeitos que nela operam ou não, onde o sujeito pode assumir desde a função de expectador ou até mesmo protagonismo de destaque no seio da sociedade a qual está inserido¹⁸ (BOBBIO 1998 *et al*, p.888).

Partindo desse pressuposto, ao longo da história da vida em sociedade a noção de participação pressupõe a tríade inclusão - exclusão - integração social, notoriamente, essa questão assume forma quando nos reportamos a gestão dos bens públicos, isto é, a governabilidade dos elementos constitutivos da vida em sociedade.

Sabe-se também que no Brasil, a crise fiscal nos anos 90, fruto do desequilíbrio entre acumulação e distribuição em nível mundial da economia e suas respectivas fissuras - provocadas pela contrarreforma do Estado, trouxe a cena o surgimento do governo e poder local embasado ramificações da participação política, concepção cidadã, que, por conseguinte, evocou a descentralização das ações da sede administrativa do governo para os níveis municipais.

Para Teixeira (2002), a descentralização das ações, sobretudo, nas esferas municipais, permitiu a ascensão da organização popular e iniciativas locais, oportunizando mudanças sociais sem precedentes na história do país, porquanto possibilitou a criação de novos cenários de conhecimento; a inovações no campo das ideias; a emersão de novos agentes políticos e organizações da sociedade civil.

Essa linha de pensamento explicita muito que o Estado em suas crises cíclicas, não consegue dar resposta as demandas da sociedade, sobretudo, aos segmentos mais empobrecidos que sofrem cotidianamente vários problemas sociais expressos sob a forma da discriminação, carência e a não defesa de seus direitos e outros, sendo fundamental importância pontuar que existe sim diferença entre poder político, que por ora não se confunde com autoridade e Estado.

¹⁸ A construção de ideias em torno da participação, datam desde os clássicos, perpassando por renomados estudiosos da ciência política e suas contribuições para organização político-administrativa na sociedade moderna, onde estão inscritos nomes como, Rousseau com o estudo da “ vontade geral”; Stuart Mill e o estudo do “governo local”; Tocqueville; Proudhon e Kropther; Marx e Engels; Trotsky; Lenin; Rosa de Luxemburgo; Gramsci; Pateman; Pizzano e outros (GOHN, 2003).

Logo, compete o entendimento que a participação política nada mais é que a necessidade de implementação da interação contínua entre os diversos atores que são parte do Estado, onde estão inscritas diversas instituições políticas e a própria sociedade (Teixeira, 2002), o que pressupõe, a necessidade de elencar que as questões de governabilidade tanto em território nacional, quanto local, que transcende as instâncias de governo, gestão e gerência, devendo observar as reais necessidades da sociedade que usufrui dos bens públicos.

Neste marco, portanto, incide a necessidade uma nova concepção governança, pautada em um novo paradigma, cujo foco central das ações, não se restrinja somente aos órgãos e aparatos estatais, pelo contrário, que se amplie e passe a incorporar relações múltiplas entre governo e sociedade, de forma consolidar uma articulação entre governo local e poder local.

O conceito de Poder local é apreendido como uma relação social em que a sociedade civil, como todos os seus componentes (organizações, grupos, movimentos) é um dos atores desse universo e, embora esteja restrito a uma territorialidade, nela não se esgota (Teixeira, 2002, p.20). Essa leitura pressupõe a necessidade de construir novas frentes e experiências de participação no país, com vistas a superação do conservadorismo, do modo autoritário e verticalizado de ser fazer política no âmbito da gestão, ora tida como democrática.

Assim, compete o entendimento que as decisões e ações elaboradas de forma não hierarquizada são efetivamente partícipes do sucesso ou do fracasso das políticas públicas e/ou sociais, nesse contexto, para Raichelis (1998), a gestão da política pública, deve por meio da interlocução e/ou interatividade, aproximar a sociedade com o poder público, permitir ainda, alterações nas relações entre o Estado e a sociedade civil, numa lógica capaz de construir uma esfera pública na definição e implementação das políticas sociais.

Nesse aspecto, a Constituição Federal de 1988 pontua em parágrafo único de seu artigo primeiro, estabelecido como cláusula pétrea, que *“todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente”* (Brasil, 1999, p. 13), constituindo assim, a democracia sob duas formas: a democracia representativa (indireta) e a democracia participativa (direta).

O que implica dizer que a participação deve ser, sobretudo, popular e cidadã, onde a sociedade civil por meio de representantes pode atuar na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas, que por sua vez pode e deve, em sua essência, contribuir para aumentar a eficácia e abrangência das ações públicas, bem como a capacidade de formulação dos movimentos sociais, num rompimento de “círculos viciosos” em torno das estruturas de poder, voltadas a criação de espaços múltiplos de interlocução dos atores,

levando-os a uma nova (re) definição da participação como exercício da cidadania, que neste cenário é apreendida como expressão de direitos extensivos a todos, uma vez legislados, tornam-se reivindicáveis pelos cidadãos, que podem lutar para realizá-los efetivamente.

Nessa linha de pensamento, compete a leitura de que mesmo que os homens na sociedade do capital estejam limitados às condições existentes, estes mesmos podem criar novas condições, num processo de reconstrução de sua própria história, logo, não existe cidadania sem que se alcance um salário digno, que usufrua bens e serviços que complementem a sua vida. Assim sendo, para assegurar direitos sociais, antes de tudo é de suma importância ter direitos políticos, pois por intermédio destes é possível reivindicar que exista mínimas condições democráticas, o exercício da cidadania (COVRE, 2002; TEIXEIRA, 2002) .

Tendo como base essas sinalizações históricas e condicionantes da cidadania propriamente dita, entende-se que a constituição da esfera pública está impregnada no “DNA” da democratização da sociedade brasileira, uma vez que ao longo dos anos foram criados e ampliados diversos setores de debate público, por meio de interlocução do Estado com a sociedade civil, dentre os quais destacam-se os conselhos gestores, sejam estes, na esfera municipal, estadual ou federal, ou ainda, conferências, ouvidorias, mesas de diálogo e demais outros setores voltados para a democracia cidadã e participativa (MATEOS, 2011).

Assim sendo, a participação da sociedade civil, na realidade brasileira, é tomada dentro de uma dimensão orgânica, a qual não pode ser vislumbrada a partir de uma forma “aleatória, eventual, amadorística e ao sabor do acaso” e sim, um como um processo de conquista, concomitantemente, não deve ser associada somente aos movimentos por reivindicação de direitos sociais, uma vez que esta representa, sobretudo, um grande avanço em termos de igualdade democrática no tocante a definição e dos rumos das políticas públicas no país (DEMO, 1999; TEIXEIRA 2009).

O que pressupõe, inclusive, a noção de liberdade, pois uma sociedade que se diz democrática, o que é “considerado bom”, “não é bom”, não em sua totalidade, pois o que foi decidido bom hoje pode não ser amanhã quando o conselho e o povo se reunirem novamente. Daí a proposição de Bauman (2008), ao definir que a democracia deve funcionar como um “círculo de translação”, e, por assim ser, a mesma não pode reconhecer qualquer translação, essa deve ser pensada a partir da autonomia da sociedade e de seus membros, para formar suas opiniões e para cooperar e dar substâncias às palavras de ordem.

Deste modo, vivencia-se na contemporaneidade, o que autor define como a dupla ameaça, que diz respeito primeiramente, na crescente impotência do poder público de

promulgar “o que é considerado bom” e implementar o que foi promulgado, onde a outra ameaça, relacionada a primeira, reside no enfraquecimento da relação entre as questões públicas e os problemas privados.

O que deixa claro que as questões de poder se inscrevem na ordem global, enquanto as questões da política se inserem na dimensão territorial e local. Nessa linha de raciocínio, a política não possui outro representante maior que não seja o Estado, que por sua vez a soberania é como antes, definida em termos espaciais, significando dizer que, este pode escolher entre evitar o compromisso enquanto sintoma da falta de poder ou pode ainda manter viva a opção do “ato da vida compartilhada” no planejamento e intervenção na coisa pública. (BAUMAN, 2008, p.253-254)

Portanto, o legado que temos hoje seja no âmbito das políticas públicas e/ou sociais, entre elas, no campo da saúde, consiste em garantir na esfera do Estado, o direito conquistado e assegurado, de interferir na coisa pública, na gestão e gerenciamento da política públicas no âmbito nacional e local.

O desafio por sua vez, é imenso, de ordem coletiva, principalmente quando se fala em “deselitizar” os espaços dos conselhos gestores através do alargamento da tomada de decisão e inclusão social, sem incorrer no risco eminente de subalternizar ainda mais os grupos sociais neles envolvidos (CORREA, 2011; NOGUEIRA, 2005).

Partindo desse pressuposto, no próximo capítulo apresentar-se-á situação da política de saúde do município de Manaus, ressaltando as contribuições do Pacto pela Saúde e do COAP no tocante a gestão e a gerência do SUS, assim como, às intervenções do Conselho de Saúde Municipal nesse processo.

CAPÍTULO II

GESTÃO DO SUS: DO TERRITÓRIO NACIONAL AS PARTICULARIDADES DO MUNICÍPIO DE MANAUS

A Política de Saúde no discurso oficial pode significar “diretrizes e planos de ação”, porém, enquanto disciplina acadêmica, abrange tanto o estudo das relações e do exercício do poder como a formulação, a condução e a implementação das ações em saúde. Portanto, nos dias de hoje, a gestão estratégica no SUS reside justamente em deixar de lado a prática do emergencial e construir paulatinamente uma ação embasada nas reais necessidades da população de cada localidade do território nacional, regional e local, tendo como base os indicadores de saúde, que contemplem a atenção básica e epidemiológica, haja vista que estas são imprescindíveis para o alcance da qualidade de vida da população.

Nesse sentido, o presente capítulo apresenta a discussão em torno da gestão em saúde, com enfoque na aplicabilidade do gerenciamento do SUS, tendo como elemento norteador os pactos pela saúde, pela vida e, inclusive, o de gestão, enfocando assim a operacionalidade das ações de forma partilhada, compartilhada e solidária do SUS do território nacional, tal qual as particularidades do município de Manaus, suas vivências e experiências nesse universo.

2. GESTÃO E GERÊNCIA: “INDICATIVOS PARA BOA GOVERNANÇA DO SUS”

A superação dos padrões de iniquidade em que o sistema de saúde se insere é um dos desafios para a ampliação da proteção social no Brasil, isto porque as desigualdades socioeconômicas e sanitárias, no país, têm forte expressão territorial, o que indica a importância de políticas públicas de corte regional nas várias áreas, incluindo a saúde (VIANA *et al*, 2007, p. 117).

Diante da insipiente operacionalização do SUS, a contar da década de 90, tem havido um empenho para aperfeiçoá-la, sendo essas iniciativas manifestadas desde o Plano Diretor de Regionalização, presente na NOAS (01/01) e atualmente reiterado no Pacto pela Saúde sob a forma do Pacto de Gestão do SUS, possuindo este direcionamento na medida em que visa ordenar o processo de regionalização da atenção à saúde com vistas a consolidar um planejamento integrado para reduzir as desigualdades sociais, propiciando maior acesso da população a todos os níveis de atenção em saúde.

No ano de 2009, há um salto qualitativo com a implantação do Pacto pela Saúde, uma vez que três anos após a sua homologação, ocorreu a adesão de todos os Estados brasileiros e de 60% dos municípios brasileiros (3.345 dos 5.564 municípios). Ao confrontar esses dados com os resultados da NOAS que vigorou de 2001 a 2005, identificar-se-ão que apenas 256 municípios se habilitaram na Gestão Plena do Sistema de Saúde, enquanto 1.580 municípios tiveram a habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

Assim sendo, o principal ganho neste processo está na gestão e na gerência das ações em saúde, que reside justamente em definir o papel e as atribuições dos gestores do SUS nos três níveis de governo. Na ordem prática, essa definição de papéis visa identificar as especificidades da atuação de cada esfera no que diz respeito a cada uma dessas macro funções gestoras, de forma coerente com a finalidade de atuação do Estado em cada esfera governamental, pautadas em princípios e objetivos estratégicos da política de saúde, para cada campo da atenção na saúde no que se refere à: promoção da saúde, articulação intersetorial, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, entre outros (CONASS, 2003, p.40).

Deste modo, no âmbito da saúde, atualmente, utilizam-se dois conceitos imprescindíveis: gestão e gerência. A gestão é vista como a atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, enquanto que a gerência está colocada para parte operacional, isto é, a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação e outros) que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS (CONASS, 2003, p.39).

Nessa linha de raciocínio, o planejamento em saúde no SUS, é fomentado pelos órgãos executivo e fiscalizadores, que tem como eixo estruturante as Leis 8.080 e 8.142/90, os quais seguem a seguinte estrutura institucional e decisória:

ÂMBITO	GESTOR	COMISSÃO INTERGESTORES	COLEGIADO PARTICIPATIVO
Nacional	Ministério da Saúde ✓ Secretária de Gestão Estratégica Participativa	Comissão Tripartite	Conselho Nacional de Saúde
Estadual	Secretaria Estaduais	Comissão Bipartite	Conselho Estaduais de Saúde
Municipal	Secretárias Municipais ✓ Distritos de Saúde ✓ UBS		Conselhos Municipais ✓ Conselhos Distritais ✓ Conselhos Locais

Quadro nº. 06 - Estrutura institucional e decisória.

Fonte: Adaptado do CONASS, 2003.

Toda essa infraestrutura, bem como as ações em saúde no território nacional, é pensada pelo Ministério da Saúde em consonância com os Estado e Municípios, tendo como parceira a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/MS),¹⁹ que dá vazão às questões ideológicas e práticas do governo nos pontos de ampliação do acesso das populações aos serviços de saúde.

Entre os desafios postos para universalização da política de saúde, conforme prediz os elementos jurisdicionais, está a organização dos serviços em redes hierarquizadas e regionalizadas de modo a ordenar a oferta de atenção integral com equidade, racionalidade e sustentabilidade, o que requer uma crescente ação política de numerosos atores sociais, disponibilidade de dados sobre a infraestrutura física e fatores demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos, assim como, o bom manejo técnico das informações, capacidade de liderança e de gestão nos diversos níveis assinalados no quadro acima (BRASIL, 2013, p.6).

Para alcançar esses objetivos, a OPAS por meio da cooperação técnica vem juntamente ao Ministério da Saúde colaborando no desenho e na realização de estudos e de outras atividades relacionadas ao tema da governança e da regionalização no SUS, como dito anteriormente, a regionalização apresenta-se como instrumento estruturante das ações em saúde, pois permite garantir o acesso dos cidadãos, em tempo oportuno e com qualidade, e juntamente com um conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, à medida que se apresenta como espaço estratégico para a construção de consensos e organização da rede, buscando a racionalidade dos gastos e a otimização dos recursos, de modo a reduzir desigualdades locais e regionais (p.7).

Tal indicativo reforça as prerrogativas do Pacto Pela Saúde, bem como do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), instituído pelo Decreto de Lei de nº 7508, que a partir de 2011 passa reger os compromissos assumidos e as metas a serem alcançadas dentro das regiões de saúde que, por ora, configuram-se como espaço privilegiado para a qualificação do diálogo federativo; e, conseqüentemente, o fortalecimento do SUS enquanto política de proteção social a partir da figura do Estado.

Nessa ótica cabe lembrar as sinalizações de Gohn (2003), quando pontua que esses indicativos de governança, instituídos no seio dessacralização da política, constituem-se em

¹⁹ É um organismo internacional de saúde pública, que exerce um papel fundamental na melhoria de políticas e serviços públicos de saúde, por meio da transferência de tecnologia e da difusão do conhecimento acumulado por meio de experiências produzidas nos Países-Membros, um trabalho de cooperação internacional promovido por técnicos e cientistas vinculados à OPAS/OMS, especializados em epidemiologia, saúde e ambiente, recursos humanos, comunicação, serviços, controle de zoonoses, medicamentos e promoção da saúde [...] para maiores informações Vide: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885&Itemid=672

novos marcos referenciais de um novo paradigma da ação pública estatal, onde o foco central das ações passa a transcender os órgãos públicos, incorporando interações múltiplas numa relação entre governo e sociedade.

Nesse universo, a boa governança implica necessariamente no alcance da dimensão da eficiência e da eficácia no interior das políticas públicas e sociais/setoriais, entre elas, a de saúde, que pode e deve envolver outros segmentos, sobretudo, os movimentos sociais por intermédio da articulação entre governo e poder locais numa constante reconstrução da teoria democrática, orquestrada a partir de uma gestão partilhada que implica em significativas mudanças nas regras de controle social.

Mesmo em um contexto tão complexo e contraditório, consolidar contra hegemonias na construção de uma teoria política capaz fomentar um processo de empoderamento de grupos e indivíduos, via capacitação política e organizacional, levará ao resgate, ao crescimento e à construção de identidade, assim como a oportunidade de acesso a renda, bens e serviços, sendo estes tão necessários à população brasileira (GOHN, 2003).

2.1 O PACTO E A REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE: “AMAZÔNIA E O DESAFIO DE OPERACIONALIZAÇÃO DO SUS”

No Brasil, a adesão regional do pacto federativo, atualmente, possui o seguinte quadro: 33% na região Norte; 41% no Nordeste; 67% na região Centro-oeste; 93% no Sudeste e; 51% na região Sul (BRASIL, 2007, p. 8). Em meio a este contexto, na região da Amazônia Legal, especificamente, os dois primeiros Estados brasileiros que assinaram o Pacto pela Saúde foram Tocantins e Amapá. Posteriormente, vários Estados têm avançado nesse processo, entre eles o do Mato Grosso, de Sergipe, do Maranhão e do Acre.

Contudo, ressalta-se que para o estabelecimento do pacto na Amazônia Legal é importante considerar as dificuldades em se fazer saúde nessa região, uma vez que esta carrega consigo uma das mais expressivas formas de desigualdades sociais e econômicas, se comparado ao resto do país, pois possui baixa densidade demográfica em contrapartida a uma enorme extensão territorial, além de regiões de fronteiras e a centralização de tecnologias nas capitais dos respectivos estados que a compõem (CONASS, 2006).

Mediante a esta configuração, compete o entendimento de que apesar das normatizações e dos avanços apresentados por esta nos últimos anos, o crescimento econômico brasileiro, que coloca o país entre as maiores economias do mundo, não promove concomitantemente avanços

significativos no que tange ao desenvolvimento social do povo brasileiro e, especificamente, na região amazônica.

Nesse cenário, a região amazônica, especificamente, apresenta expressões latentes deste processo, sobretudo, no âmbito da saúde, uma vez que não se pode deixar de pensar na saúde enquanto resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à terra e aos serviços de saúde.

Embora a Amazônia Legal participe desse crescimento econômico por meio do desenvolvimento das indústrias, do comércio e do campo, não significa dizer que esta venha conseguindo alcançar o desenvolvimento e a equidade social como deveria. Tal prerrogativa pode ser vislumbrada quando a região apresenta índices altamente contraditórios, como, por exemplo, oito (8) dos seus nove (9) Estados possuem IDH inferior ao nacional (0,757).

Além disso, sobre as condições de saneamento, a questão se apresenta de forma extremamente precária. Dados do IBGE informam que na Amazônia somente os dados referentes aos domicílios urbanos de Roraima, no que tange ao percentual de domicílios conectados à rede de abastecimento de água, de esgoto ou de fossa séptica, se aproximam-se da média nacional, o que é um contrassenso, uma vez que a região concentra cerca de 20% de toda a água doce superficial do planeta (ARAÚJO, 2008).

Esses exemplos, dentre outros aqui não mencionados, reafirmam que o crescimento econômico na região amazônica não propicia mudanças substanciais em relação à qualidade de vida da população, aqui ocorre justamente o contrário, reforça-se a criação de áreas desprovidas e isoladas, cujo acesso a bens e serviços, como o de saúde, dá-se de modo insuficiente e precário, afetando transversalmente as populações amazônicas (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, Viana *et al* (2007 p. 129) afirma que na região da Amazônia Legal faz-se necessária a caracterização das situações geográficas, uma vez que esta possibilita a identificação de múltiplas realidades que influenciam a saúde e teriam implicações diferentes para processos de regionalização.

Sugere, também, a necessidade de uma política regional para o conjunto da Amazônia capaz de articular estratégias de desenvolvimento ao oferecimento de proteção social e saúde à população. Ainda neste contexto, a autora põe em evidência que, para a saúde, a principal contribuição desse conceito é introduzir no processo de planejamento da política; uma perspectiva dinâmica para o território e está deverá observar com ênfase as diferenças e as peculiaridades dos usos territoriais.

Sob tal ótica, concorda-se que a percepção da territorialidade já está incorporada pelo Pacto ao conceber a regionalização como fator estruturante das ações, todavia, a simples pactuação transformada posteriormente em portarias, não garante que mudanças substanciais ocorram no SUS, e assim sendo, compete o entendimento de que o pacto configura-se como uma possibilidade de organizar, corrigir e qualificar um conjunto de questões que ainda impedem o funcionamento pleno do SUS e, de permitir o avanço na efetivação do direito humano à saúde para todos.

No entanto, é salutar que este se encontra insuficientemente operacionalizado e integrado às outras políticas sociais, o que indica que: precisamos avançar no que tange às melhorias na prestação de bens e serviços no território brasileiro, bem como na região amazônica, aqui, especificamente nas regiões do entorno e Rio Negro, onde residem às especificidades do recorte de análise do presente estudo, apresentamos a operacionalização da Política de Saúde na Cidade de Manaus como fator a ser abordado no tópico seguinte.

2.2 ESTADO DO AMAZONAS, REGIÃO DO ENTORNO E RIO NEGRO: CARACTERÍSTICAS E ESPECIFICIDADES DA SITUAÇÃO EM SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE MANAUS

O Estado do Amazonas é sem sombra de dúvidas, a maior área territorial do País, esta possui cerca de 1.559.161,682 km, em contrapartida, o Estado detém um dos mais baixos índices de densidade demográfica do País, com uma média de 2,23 habitantes por km², segundo o Censo de 2010, o Estado do Amazonas possui cerca de 3.483.985 habitantes, destes 2.775.490 vivem na área urbana, e pouco menos de 728.495 residem na área rural.

Neste imenso universo, a cidade de Manaus é um dos 62 municípios do Estado do Amazonas, esta por sua vez é a maior cidade de Região Norte, com uma média de 1.982.179 habitantes; possui cerca de 11.401,092 em área de unidade territorial (Km²), com grau de urbanização (2009) de 99,40, Índice de Desenvolvimento Humano (2000) de 0,774, e Indicador do Sistema Único de Saúde de 6.21.

No que tange ao perfil demográfico, a cidade de Manaus integra a região do entorno e Rio Negro e esta é composta por 12 municípios, são estes: Autazes (32.135 hab.), Barcelos (25.948 hab.), Careiro Castanho (33.517), Careiro da Várzea (24.937 hab.), Manaquiri (24.325 hab.), Nova Olinda do Norte (31.749 hab.), Presidente Figueiredo (28.652 hab.), Rio Preto da

Eva (26.948 hab.), Santa Isabel do Rio Negro (19.292 hab.) e São Gabriel da Cachoeira (39.39.097 hab.), e estes, somados, detém uma população de 2.088.614 habitantes.

Vale ressaltar, que em 2007, cria-se na cidade de Manaus a Região Metropolitana, por intermédio da Lei complementar de nº. 52, de maio de 2007, que posteriormente é modificada pela Lei complementar de nº. 59, aprovada no dia 27 do mesmo ano. Assim sendo, a Região Metropolitana de Manaus passa a ser composta por oito municípios: Careiro Da Várzea, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru, Manaus, Novo Airão, Presidente Figueiredo e Rio Preto da Eva, o que representa cerca de 13% dos municípios do Estado, a qual concentra 59,5% da população e 85,3% das riquezas geradas no Estado do Amazonas.

A cidade de Manaus, paulatinamente, vem alcançando um incremento populacional: De acordo com os dados do IBGE (2000), a população de Manaus, de 1980 aos anos 2000 cresceu 220%, de acordo com esses dados, Manaus foi a cidade que mais cresceu entre as treze cidades brasileiras com mais de um milhão de habitantes, um crescimento populacional de mais 39%.



Figura nº 01. - Localização Geográfica do Município de Manaus .

Fonte: SEGEIO/GESF/DAP/SUGS/SEMSA presente no PMS 2014-2017.

No que tange ao perfil populacional, o percentual de população feminina (51,18%) é superior ao da população masculina (48,82%), outro fato é que a população de Manaus é a 7ª cidade entre as mais habitadas do Brasil.

Todavia, cabe ressaltar que esses mesmos dados, revelam uma desproporcionalidade entre a distribuição populacional na Cidade de Manaus, no que diz respeito à área urbana e rural. De acordo com os dados do IBGE (2013), a população rural de Manaus representa apenas, 0,51%, isto é, 13.035 habitantes distribuídos em uma área de 11.128 km², enquanto que a população urbana, 99,49%, isto é, 1.969.144 habitantes amontoa-se numa área de 229.504 km², o que indica a necessidade de um desenho territorial adequado para

operacionalização da política de saúde, uma vez que a cidade de Manaus, desde os períodos áureos da borracha, perpassado posteriormente pela ZFM e, por fim, pelo PIM, ainda exerce forte influência atrativa sobre os municípios vizinhos.

Há que se levar em conta ainda as constantes migrações da população de outros estados da região norte, bem como nordeste, o que ocasiona um incremento populacional e, conseqüentemente, o inchaço do espaço urbano, por meio da formação das áreas periféricas, isto é, as conhecidas comunidades e/ou invasões que nascem sem qualquer aporte de infraestrutura básica de serviços por parte do Estado.

Tais dados são extremamente relevantes para que se possa confrontar com os relatórios, bem como demonstrativos, apresentados pela Secretária do Estado e município, no que se refere ao Planejamento dos Planos Municipais de Saúde, das Programações Anuais de Saúde, assim como, prestação de contas, através do Relatório de Gestão, onde consta os dados de prestação de serviços e usufruto dos usuários da assistência em Saúde na Cidade de Manaus.

Nesse sentido, de acordo com a Agencia Nacional de Saúde no ano de 2012, o Plano Municipal de Saúde (PAS) atendeu cerca de 268.077 usuários do sexo Masculino, e 256.310 usuários do sexo feminino, que, somados, geram um total de 524.387 beneficiários do PAS 2012, com variação de faixa etária de 1 a 80 anos ou mais. Mesmo com estes números extremamente elevados de prestação de serviços à população, na cidade de Manaus, no ano de 2012 no que diz respeito ao perfil epidemiológico, destacou-se um leve aumento de mortalidade infantil de 1,2% se comparado ao ano anterior.

De acordo com a análise realizada pela SEMSA durante a elaboração do Planejamento Estratégico (2013), essas mortes estão vinculadas às afecções originadas no período Peri natal (as quais representaram cerca de 48% do total de óbitos em menos de 1 ano); as más formações congênitas doenças do aparelho respiratório e as doenças infecciosas.

Com relação à mortalidade Materna, o SIM/SINASCC, entre os anos de 2011 e 2012, revela-se respectivamente 56,86 e 53,55 a prevalência de mortalidade materna em menores de 20 anos, sendo que o Objetivo do Milênio (ODM) tem como meta em 2015 reduzir para 35 óbitos maternos (valor máximo por 100 mil nascidos vivos).

Além disso há prevalência de óbitos entre os homens cerca de 60%; forte concentração de 35% de óbitos na faixa etária igual ou maior a 70 anos; entre os jovens a mortalidade prevalece entre os homens, cujas causas são mal definidas, estes representam 11,5% do total de óbitos avaliados; e ainda, morte por tuberculose, cujo taxa mantem-se em 4/100.000 hab.,

diferentemente, se comparado em nível de Brasil, cujo o indicador se mantém abaixo de 3/100.000 hab.

Para além disto, Manaus encontra-se em 17º lugar no ranking de Casos Novos de hanseníase, no ano de 2012, a cidade manteve uma incidência de 15.100.000 habitante, contudo, certifica-se que desde de 2008, há uma queda gradativa dos índices, isto por que o município passou a desenvolver ações de controle da doença em cerca de 80 unidades de saúde.

Outra questão de saúde preocupante gira em torno dos casos notificados de AIDS, que ano de 2012, foi de 53% na faixa etária de 20-34 anos; e o segundo maior foi 35,85% na faixa etária de 35-49 anos. Entre as gestantes, de acordo com os dados disponibilizados do SINAN/NET, observa-se um incremento de 11% nos casos notificados se comparado de 2008 em relação a 2012. Há também entre as gestantes um aumento no mesmo intervalo de tempo de casos notificados de sífilis, um total de 24,6%.

Em termos de doenças transmitidas por vetores, de acordo com os dados da SIVEP, a malária desde 2008 vem sendo reduzida do meio da população manauara. Em 2008 registrou-se uma queda de 51% se comparado a 2007; em 2009 houve uma redução de 17% dos casos; entre 2010 e 2011 a redução foi 5 % e em 2012 de 36%.

A dengue, sofreu uma queda em 2009 se comparado a 2008, no entanto, em 2011 o município de Manaus, sofreu a maior epidemia dos últimos anos, com registro de 49.119 casos, em 2012 a situação foi contornada e houve o registro de 4.538 casos. No que tange à febre hemorrágica ocasionada pela dengue em 2011, registrou-se cerca de 95 casos e 149 complicações, destas complicações houveram 17 óbitos e, em 2012, registrou-se uma queda nesses números de 84%, e nos casos de complicações 93% e, no que se refere a óbitos, foram registrados apenas 3 casos.

No campo da atenção primária em saúde, o Relatório Executivo da Semsa (2013), deixa bem explícito em notas e dados, o desafio quanto aos indicadores de saúde correlacionados a consultas maternas e infantil (pré-natal), pois no intervalo de 2008 a 2012, houve uma queda de 17,81% nas consultas, ou seja, não houve o alcance das metas - conforme preconizou o Ministério da Saúde.

Isto significa dizer que um dos desafios consiste no readequamento das ações do Programa Estratégia Saúde da Família, afim de alcançar de fato e de direito as grávidas antes de completarem 120 dias de gestação; a redução de mortalidade perinatal e neonatal, e pósneonatal, assim como outros desafios postos a gestão da saúde, como a morbimortalidade por câncer de colo de útero e mama, a morbimortalidade por causas externas,

morbimortalidade por doenças cardiovasculares e diabéticas e, ainda, morbimortalidade por doenças endêmicas, fatores estes que vem sendo enfrentado pelo pacto federativo, por meio do planejamento estratégico no que tange ao enfrentamento e trato das questões em saúde, fatores esses que serão assinalados no tópico seguinte.

2.2.1 Gestão da Política de Saúde em Manaus: adesão e operacionalização do Pacto pela Saúde

A adesão do Pacto Pela Saúde na Cidade de Manaus teve início no ano de 2008, contudo, antes disso, o governo do município em consonância com o governo do Estado, teve que montar uma série de estratégias de adequação da normativa a realidade Manauara.

De acordo com Relato de experiência de elaboração do Termo de Compromisso de Gestão do Município de Manaus feito pela Diretoria de Planejamento (DPLAN) juntamente com a Gerência de Planejamento (GPLAN), um dos principais desafios colocados era mudar a cultura de dependência dos serviços e ações executadas pelas SES; ampliar sua participação nas decisões; ampliar seu envolvimento na construção do SUS, incluindo sua participação no colegiado de gestão regional e; fortalecer a gestão municipal e a gestão do SUS, a partir do compromisso de responsabilidade sanitária.

Essa ação foi pensada e operacionalizada por meio de planejamento coeso, a partir da seguinte estrutura: Plano de Saúde, respectivas Programações Anuais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão (Art. 4º e §1º), os quais devem, em cada esfera de gestão, ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme prediz a normativa em vigor. Todavia convém mencionar especificamente, que o Relatório de Gestão foi regulamentado pela lei n.º 8.142 nos anos 90, este por sua vez tem sido ao logo desses quase 25 anos de SUS, objeto de decretos e portarias do Ministério da Saúde e acórdão dos órgãos de controle, uma vez que é ainda hoje, a principal ferramenta de acompanhamento de gestão da saúde.

Assim, cronologicamente falando, o Pacto Pela Saúde na Cidade em Manaus tem o seguinte histórico de implantação:

AÇÃO	QUEM	NÍVEL	QUANDO	ENCAMINHAMENTOS
Reunião ampliada para divulgação do Pacto	Equipe Técnica da SEMSA	Local	2006	Reuniões setoriais para estudo Local do Pacto: níveis Central e Distrital

Seminários, Oficinas e Reuniões para Divulgação do Pacto	Equipe Técnica da SEMSA	Local	2006	Preparar para pactuação
Palestras para divulgação do Pacto em reunião no CMS	Equipe Técnica da SEMSA	Local	2006	Orientar para pactuação
Reuniões para PACTUAÇÃO	Equipe Técnica da SEMSA	Local	2007	Definição de Oficinas e elaboração dos Termos
Elaboração do TCGM	Equipe Técnica da SEMSA	Local	2007	Construção dos Planos de Ação para pactuar nas áreas de responsabilidade
Revisão e Conclusão do TCGM	Equipe Técnica da SEMSA	Local	2008	Conclusão dos Planos de Trabalho para as responsabilidades que serão assumidas no TCGM
Apresentação e Aprovação do Pacto dos Indicadores (Resolução 019 de 15.05.2008 DOM 1969 de 30.05.2008)	Equipe Técnica da SEMSA	Local	2008	Aprovação pelo CMS-MAO
Apresentação e Aprovação do TCGM (Resolução 026 de 15.05.2008 DOM 1970 de 02.06.2008)	Equipe Técnica da SEMSA	Local	2008	Aprovação pelo CMS-MAO
Apresentação e Resolução na CIB Nº 071, DE 28/07/2008, juntamente com o TLF, ambos publicados sob Portaria nº. 1.929, de 17/09/2008	SEMSA CIB	Local	2008	Homologação na reunião da CIB
Encaminhamento da Resolução do TCGM a CIT	CIB CIT	Nacional	2008	Homologação do TCGM na CIT em reunião do dia 28/8/2008
Certificação do município de Manaus para as Ações de Vigilância em Saúde	Equipe Técnica da SEMSA Sede/Distritos de Saúde/FVS	Local	2008	Homologado pela Resolução CIB/AM nº 059 DE 16/06/2008
Viabilização das ações programadas no TCGM	Equipes técnicas da Semsas Sede/Distritos de Saúde	Local	2008	Em andamento

Quadro nº. 07 - Evolução do pacto em Manaus.

Fonte: Adaptação Relato de experiência de elaboração do Termo de Compromisso de Gestão do Município de Manaus/DPLAN/GPLAN/SEMSA/MANAUS, 2008.

As primeiras iniciativas de implantação do Pacto pela Saúde na Cidade de Manaus girarão em torno da construção do Termo de Compromisso da Gestão Municipal, onde foram

inclusos documentos imprescindíveis, sendo estes: o extrato do termo de cooperação entre entes públicos; a declaração da CIB de comando único do sistema pelo gestor municipal; termo de limite financeiro global do município e, por fim; o relatório dos indicadores de monitoramento. Tais documentações foram enviadas ao Conselho Municipal de Manaus, as quais geraram o seguinte fluxo de ações após a aprovação:

- a) O encaminhamento para CIB e pactuação;
- b) O encaminhamento da documentação exigida pela Secretaria de Estado da Saúde para CIT;
- c) Com a homologação na CIT, os documentos foram encaminhados ao ministério da saúde para publicação da portaria, contendo informações sobre o termo de compromisso de gestão municipal e o termo de limite global, a fim de dar subsídio ao processo de monitoramento.

A partir do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2007, os municípios passaram a ter como aporte de planejamento e operacionalização do pacto federativo o “Planeja Sus”, cujo objetivo geral é coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, tendo em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir – oportuna e efetivamente - para a sua consolidação e, conseqüentemente, para a resolubilidade e qualidade da gestão, das ações, tal qual dos serviços prestados à população brasileira (OPAS/OMS, 2007).

Deste modo, segundo o Planeja Sus, a Programação Anual de Saúde (PAS), é um instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. Nela estão postos os objetivos, as diretrizes, bem como as metas do Plano de Saúde Municipal, os quais devem conter um detalhamento minucioso das ações e recursos financeiros a serem utilizados.²⁰

Na cidade de Manaus a Programação Anual de Saúde (PAS) é realizada a partir da Secretária Municipal de Saúde (SEMSA) de forma coletiva, à medida que envolve representantes da Gestão, da Assistência e da Vigilância em Saúde, tanto de nível central-quanto distrital e do Conselho Municipal de Saúde (CMS/MAO).

Assim, a finalidade do PAS é concretizar os objetivos definidos no Plano Municipal de Saúde de Manaus, uma vez que a normativa em vigor, o Pacto pela Saúde, extingue o processo

²⁰ Devém atender as portarias Ministeriais nº. 3.085- 2006 e portaria de nº 3.176.

de habilitação de forma cartorial e apresenta o Termo de Compromisso de Gestão (TCGM), como elemento fundante da relação intergestão e do aprimoramento do controle social.

O Pacto pela Saúde aponta para unificação dos pactos, enfatiza a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante da gestão, destaca o compromisso nas áreas de planejamento, gestão do trabalho, educação em saúde e fortalecimento do controle social. A partir de então, altera-se a lógica do processo de habilitação dos estados e municípios.

Todos passam a ser gestores das ações de saúde, com atribuições definidas e metas a cumprir. Ao conselho caberá a função de avaliar junto com os gestores as execuções dos planos de saúde, além de fortalecer os conselhos de saúde nas esferas municipais, distritais e locais, na construção de espaços de debates e qualificação da política de saúde na cidade de Manaus (CNS, 2006).

Nesse cenário, a gestão e gerência das ações em saúde na cidade de Manaus, vem se organizando no último triênio da seguinte forma:

a) Gestão

ANO	2011	2012	2013
Estadual	12,92%	27,40%	27,52%
Municipal	78,46%	66,05%	66,12%
Dupla	8,62%	6,54%	6,37%

Quadro nº 08– Organização das Redes no Município - I

Fonte: RAG/2011/2012/2013.

b) Gerência

TIPO DE ESTABELECIMENTO	Total	Municipal	Estadual	Dupla
ANO 2011				
Privada	96	0	94	2
Federal	2	1	1	0
Estadual	61	1	34	26
Municipal	273	267	1	33
ANO 2012				
Privada	97	0	95	2
Federal	5	4	1	0
Estadual	63	1	36	26

Municipal	324	318	2	4
ANO 2013	Total	Municipal	Estadual	Dupla
Privada	96	0	94	2
Federal	5	4	1	0
Estadual	64	1	37	26
Municipal	322	317	2	3

Quadro nº 09 - Organização das Redes no Município - II.
Fonte: RAG/2011/2012/2013.

Neste aspecto, pontua-se que no município de Manaus os serviços de saúde são organizados em duas redes: municipal e estadual. Na rede municipal, as ações prioritárias são desenvolvidas no âmbito da atenção primária, em função da responsabilidade da gestão da atenção básica, contudo, conforme se observa nas tabelas acima, há a gerência administrativa dupla. Ressalta-se que a secretaria municipal também atua no ramo de serviços especializados, por intermédio das policlínicas, laboratórios de apoio diagnóstico, exames de imagem e um hospital especializado/Maternidade.

Por outro lado, alguns serviços de atenção básica estão sob a gestão da Secretária Estadual de Saúde, o que se apresenta um contrassenso às propostas de regionalização e de municipalização das ações, conforme sinalizações do Pacto e, posteriormente, o COAP. Isso sem levar em conta as ações mantidas sob a gerência administrativa privada.

Mediante a este contexto, toma-se como ponto de análise documental os Planos Municipais de Saúde de Manaus de 2010-2013, com suas respectivas Programações e Relatórios Anuais de Saúde, com destaque para os anos de 2011, 2012 e 2013, onde serão apresentados os objetivos, as ações e metas definidas pela SEMSA devidamente aprovadas pelo CMS, as quais seguiram os seguintes eixos: Promoção da Saúde, Vigilância à Saúde, Gestão em Saúde, Participação e Controle Social.

Ressalta-se que haverá ênfase aos dois últimos eixos, uma vez que se configuram enquanto centro do referido estudo.

2.2.2 Planos Municipais de Saúde: breve panorama dos objetivos, metas, diretrizes e estratégias para o gerenciamento das ações em saúde na Cidade de Manaus.

No período de 2010 a 2013, o Plano Municipal de Saúde da Cidade de Manaus, adotou como modelo de atenção a Vigilância em Saúde, uma vez que no entendimento da gestão em

vigor está fora e é capaz de reorganizar as ações de saúde, o controle dos danos, os riscos e os determinantes socioambientais - que incidem sobre o perfil epidemiológico da população.

A gestão, ao mesmo tempo, firmou o programa Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante da Atenção Básica em Saúde; o fortalecimento dos Distritos de Saúde e a implantação dos territórios integrados de atenção à saúde reorganizadoras das ações e dos serviços de saúde (PMS, 2010-2013), nesse aspecto, a operacionalização da saúde foi projetada a partir dos eixos supramencionados, que serão apresentados de forma resumida a seguir:

I - Promoção da Saúde

Teve como objetivo central promover e participar de medidas voltadas à prevenção e ao controle de determinantes e condicionantes da população manauara. Para tanto, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), estipula as seguintes diretrizes:

a) Desenvolvimento e fortalecimento da promoção da saúde

Em linhas gerais, fundamentou-se no pensamento de políticas transversais a integração da saúde aos demais setores das políticas públicas, utilizando como estratégia de ação a integração da PNPS às práticas diárias dos serviços de saúde.

A promoção foi pensada e planejada a partir de redes de corresponsabilidades e cogestão na redução de vulnerabilidades e dos riscos à saúde da população. Nessa instância, estão inscritas as noções de equidade, fortalecimento da participação social, adoção de práticas horizontais de gestão, com a devida participação de profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.

Deste modo, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) no Plano Municipal de Saúde de Manaus, no período que vai de 2010 a 2013, estabeleceu algumas estratégias fundamentais, cujos destaques serão:

- ✓ A participação da comunidade no diagnóstico dos problemas, bem como soluções dos problemas de saúde, reforçando assim, a formação e a consolidação de redes sociais e protetoras;
- ✓ A gestão intersetorial dos recursos na abordagem dos problemas, estabelecimento de parcerias e compartilhamento de soluções de políticas públicas saudáveis, tendo como base a articulação da saúde com a política de governo, sob o viés do desenvolvimento econômico e social;

- ✓ Fortalecimento da Educação em Saúde, especialmente na Escola, pois este é um espaço de grande potencial, de difusão da informação, que geram atitudes nos alunos e famílias, voltadas para promoção da saúde, e, por conseguinte, a qualidade de vida, sobretudo na efetivação da cidadania;
- ✓ Aprimoramento do Sistema de Vigilância Ambiental, para um maior enfrentamento dos problemas relacionados à saúde humana provenientes dos ambientes de trabalho, da contaminação do solo, da água para consumo humano, do ar, bem como daqueles decorrentes de desastres naturais e acidentes com produtos perigosos;
- ✓ Prioridade no desenvolvimento da Política de Comunicação em Saúde, uma vez que essa é uma ferramenta essencial na mudança de paradigma, a incorporando definitivamente as informações de saúde/doença como modificadoras da condição de vida dos municípios e outras.

II - Vigilância em Saúde

Teve como objetivo central prevenir e controlar doenças, agravos e riscos à saúde da população decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços. A ação se deu a partir das seguintes diretrizes:

a) Vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos

Nesta instância, destacam-se as doenças transmissíveis, que entram com extrema importância na agenda, pois possuem grande potencial de disseminação. O combate se deu pela combinação de medidas de prevenção e de controle, pela junção de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, bem como de laboratórios de saúde e de atenção à saúde por meio de vacinação de rotina, campanhas, controle de vetores, controle de alimentos, educação, informação em saúde e outros.

Quanto às doenças imunopreveníveis, priorizou-se assegurar a cobertura vacinal adequada como questão essencial, seguido de calendários de vacinação (da criança, do adolescente, do adulto e do idoso). Outra demanda inserida na agenda foi o controle da rubéola. Em relação ao tétano neonatal, foi posto como objetivo a sua eliminação.

Sobre as doenças transmissíveis, foi tido como objeto de atenção especial aos casos de AIDS, de malária, de dengue, de tuberculose e de hanseníase. Destaca-se que neste período foi estabelecido como meta a implantação da política de redução de danos, com prioridade para os portadores de HIV e aos de hepatites virais usuários de drogas. Buscou-se ainda detectar e responder aos desafios presentes no período de 2010 a 2013 acerca da síndrome respiratória aguda grave e da influenza.

No ponto das doenças e agravos não transmissíveis (DANT), como câncer, doenças vasculares, acidentes e violências, adotou-se no plano enquanto estratégia de ação a prevenção de fatores de riscos como tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade e consumo abusivo do álcool, por intermédio da organização do processo de trabalho e de estrutura social.

b) Prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços

Neste tópico, trabalhou-se a partir do fortalecimento da regulação sanitária de produções e serviços por meio do aprimoramento das funções destinadas ao controle de riscos como regulamentação, registro, inspeção e monitoramento. Aqui foram inclusos o aprimoramento de iniciativas destinadas ao monitoramento dos riscos e agravos à saúde provenientes da inadequação de bens e serviços de saúde prestados à população, mediante a vigilância sanitária para prevenção de possíveis surtos.

III – Atenção em Saúde

Teve como objetivo central ampliar o acesso da população aos serviços e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde a partir das seguintes diretrizes;

a) Aperfeiçoamento e a ampliação da atenção primária em saúde

A atenção primária enquanto primeiro nível do sistema de saúde, foi mantida como estratégia essencial a saúde da família, através ESF a qual constituísse como o eixo articulador e mobilizador da rede de atenção.

A ação se deu por intermédio dos territórios integrados da atenção primária com atenção ambulatorial e hospitalar, juntamente com a articulação de políticas e estratégias estruturantes do SUS, com vistas a incrementar o desempenho do SUS, no que se refere aos termos de equidade, acesso, eficiência econômica, eficácia clínica e sanitária na busca de satisfação tanto de usuários, quanto dos trabalhadores de saúde.

Para tanto, foram traçados 9 (nove) esforços, dentre os quais destaca-se:

- ✓ A qualificação dos profissionais mediante processo de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família;
- ✓ A utilização de territórios integrados de atenção à saúde (TEIAS), como modelo de organização da rede de atenção;
- ✓ A implementação de processo de monitoramento e avaliação da atenção primária, com vistas à qualificação da gestão descentralizada;
- ✓ A implantação do apoio matricial através dos núcleos de apoio a saúde da família (NASF);
- ✓ A implantação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares.

b) Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial e hospitalar especializada

Teve como principal ação, promover a qualidade da atenção à saúde prestada a população em termos da atenção especializada- ambulatorial e hospitalar, com vistas a diminuir a morbimortalidade e contribuir para maior satisfação dos usuários. Entre as estratégias adotadas estão:

- ✓ A organização e estrutura dos serviços de assistência especializada – ambulatorial e hospitalar – na perspectiva de conformação de uma rede de atenção à saúde; A organização e estruturação de atendimento pré-hospitalar móvel e fixo de urgência (SAMU, Unidades de Pronto Atendimento e da Saúde Família); A estruturação de serviços de reabilitação física; A promoção e implantação de sistema integrado de gestão da maternidade que lhe permita prestar serviços adequados, oportunos,

resolutivos e humanizados; A atenção à saúde do recém-nascido, que teve como principais estratégias o apoio à Rede Norte – nordeste de Saúde Perinatal (RENOSP), com vistas à qualidade da maternidade no atendimento aos recém-nascidos e a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método Canguru) e outras.

c) Implementação da Assistência Farmacêutica

Este item teve e tem como objetivo geral garantir o acesso da população manauara aos medicamentos e serviços farmacêuticos de que necessita, com a promoção do uso seguro e racional dos serviços, nessa instância, a meta da gestão, fora empreender esforços para reduzir o gasto da população com remédios, através da ampliação da rede de farmácias gratuitas, bem como a estruturação das unidades dispensadoras de acordo com a RDC nº 44/2009.

Outra estratégia adotada foi a medida de ampliação da rede de unidades dispensadoras com o profissional farmacêutico, através da qualificação dos profissionais deste segmento, para além disso, fora colocado enquanto meta, a ampliação do acesso dos usuários/insulinodependentes aos insumos necessários para tratamento, de glicosímetro, tiras reagentes, lancetas e seringas com agulha, conforme preconiza a portaria GM nº. 2583/2007.

d) Aperfeiçoamento da atenção a segmentos populacionais vulneráveis e das intervenções específicas

i. Segmentos populacionais vulneráveis

Essa instância direcionou-se para o atendimento à saúde da criança, em função da meta de redução da mortalidade infantil. Para tanto, algumas das medidas adotadas:

- ✓ A qualificação da vigilância do crescimento e desenvolvimento, por intermédio das Caderneta de Saúde da Criança, no acompanhamento destes do nascimento até os 10 anos incompletos de idade; A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, através da rede Amamenta Brasil, da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Rede Brasileira de Banco de Leite Humano; A vigilância da mortalidade infantil e fetal, que se apresenta como uma estratégia de qualificação de informações, investigações e análise de óbitos evitáveis, para

possíveis prevenções de novas ocorrências por meio do fortalecimento do comitê municipal e outras.

Com relação a saúde da mulher, se estabeleceu como centro dos esforços, o fortalecimento da política de direitos sexuais e reprodutivos, onde fora incluso o planejamento familiar – realização de laqueaduras e distribuição de métodos contraceptivos; prevenção, tratamento e aconselhamento das mulheres que vivem com DST/AIDS, entre elas, as grávidas, durante o período pré-natal, a melhoria da atenção obstetrícia e controle sob o câncer ginecológico.

No que se refere a adolescentes e jovens, priorizou-se a intensificação do acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, através da articulação de políticas intersetoriais. No âmbito da saúde sexual e reprodutiva, foi dado ênfase ao planejamento familiar e medidas de ação educativas, de onde foi posto como meta a implantação a caderneta de saúde juvenil, destinada para acompanhar o crescimento e desenvolvimento deste segmento.

Quanto a saúde do homem, a estratégia principal se ateve a implementação da política municipal em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde. Foi traçado como meta a ampliação do número de consultas para o diagnóstico de patologias do trato genital masculino e de câncer de próstata, vesícula seminal, uretra, bolsa escrotal, testículos e pênis, de ultrassonografias da próstata para a prevenção de neoplasias malignas. Por fim, com relação ao planejamento familiar se estabeleceu como meta, ampliar a quantidade de vasectomias.

Em relação aos idosos, foi priorizado a implementação de medidas voltadas para a promoção do envelhecimento ativo e saudável; o estímulo as medidas intersetoriais visando a integralidade da atenção; apoio a formação e educação permanente dos profissionais de Saúde do SUS, para além disso, a população idosa também deverá dispor de caderneta de abordagem, que farão menção as condições de saúde e prevenção de doenças, riscos e agravos; qualificação de cuidadores de idosos e a ampliação das consultas especializadas.

No tocante às pessoas com deficiência, foram adotadas como medidas prioritárias, a inclusão social, através da concentração de esforços no que diz respeito ao acesso as Unidades Básicas de Saúde e ação intersetorial – para que estes sejam inclusos em programas de atenção para o seu pleno desenvolvimento pessoal, assim sendo, priorizou-se promover ampliação do acesso ao serviço de reabilitação física.

Em termos de atenção à saúde dos povos indígenas, foram reconhecidas as especificidades étnicas e culturais conforme prediz a política nacional indígena, para a qual aprovou-se a Política Municipal de Saúde Indígena.

Sobre a saúde da população penitenciária, houve um incremento voltado para implantação das equipes de saúde, a qualificação das equipes partir da educação permanente, com intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas em privação de liberdade, na redução de patologias, como tuberculose e DST/HIV/Aids e outros.

ii. Intervenções específicas

▪ Saúde Bucal

Foi dada continuidade à Política Nacional de Saúde Bucal- Brasil Sorridente, através do diagnóstico mais precoce possível, seguido de tratamento, a fim de deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes.

Para tanto, estabeleceu-se enquanto base de trabalho, o uso da rede assistencial e atendimento integral em todos os níveis, na busca de ampliação de oferta e qualidade de serviços prestados à população, nesse sentido, merece destaque na atenção primária:

- ✓ A organização e o desenvolvimento de ações de prevenção e de controle do câncer bucal; a implantação e o aumento da capacidade resolutive do pronto-atendimento nas unidades básicas de saúde, avaliando-se a situação de risco de saúde bucal na consulta de urgência e orientação do usuário para o retorno ao serviço e a continuidade do tratamento e outras.

No que diz respeito ao acesso e superação de iniquidades, priorizou-se a ação aos indicativos do Programa Brasil Sorridente, que são: a) a reorganização da Atenção Primária em Saúde bucal; b) a ampliação e qualificação da atenção especializadas, que são justamente, os Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias.

▪ Saúde Mental

Priorizou-se a ampliação e qualificação das ações de saúde mental na atenção primária, bem como a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como o fomento à

expansão do CAPS álcool e drogas, e ainda, o CAPS para infância e o CAPS III – de funcionamento de 24 horas.

- **Alimentação e Nutrição**

Os esforços foram concentrados na promoção da alimentação saudável, o controle da obesidade, acompanhamento das condicionalidades inerentes ao Programa Bolsa Família e Saúde na Escola; vigilâncias alimentar e nutricional – para abranger todas as Unidades de Saúde; A inserção do componente alimentação e nutrição nas atividades realizadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, e ainda, o Programa de Nutrição Infantil – Leite do Meu filho – fator preponderante da Administração Municipal de melhorias nas condições de vida da população mais vulneráveis da cidade de Manaus.

- **Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**

Nessa instância, priorizou-se estratégias de redução da morbimortalidade, de identificação dos fatores de riscos por intermédio das unidades de saúde, garantindo a este segmento, acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação de profissionais e de reorganização dos serviços prestados à população.

IV - Gestão em Saúde

O objetivo central deste eixo se ateve em fortalecer a gestão do SUS, com vistas a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população, que teve como diretriz

a) O aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS

Articulada a partir da organização das redes de atenção; o aprimoramento do processo de negociação entre os gestores dos SUS, por meio da vinculação dos processos e instrumentos de pactuação ao planejamento, monitoramento e avaliação, com vistas a consolidação do SUS na cidade de Manaus, cujas as estratégias foram norteadas pelos seguintes aspectos: a) Gestão do trabalho e da Educação Permanente; b) Planejamento; c) Financiamento; d) Investimento e infraestrutura e, e) Gestão estratégica e participativa.

Cabe destaque para este último aspecto, gestão estratégica e participativa, uma vez que, a partir deste momento, inicia-se o processo de delineamento dos instrumentos democráticos e

participação no âmbito da gestão partilhada, compartilhada e solidária no processo de operacionalização da política de saúde em Manaus, como exemplo, os mecanismos de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação da gestão do SUS, participação popular e fortalecimento do controle social.

De acordo com o plano, a estratégia neste âmbito foi voltada para o aprimoramento e fortalecimento de participação e interlocução com os usuários, sociedade civil organizada, trabalhadores e gestores dos SUS, entram em cena nesse contexto, a mesa de negociação; os conselhos de gestão participativa; conselhos locais; consultas de grupos e outros, uma das iniciativas priorizada foi a incrementar e aperfeiçoamento do trabalho voltado para Auditoria no SUS em nível Municipal.

b) Institucionalização de políticas voltadas para melhorar processos e fluxos

A implantação de programa de melhorias do serviço público - QUALISEMSA e 5 s, para apoiar a execução das ações de saúde.

c) Manutenção do programa de ampliação, recuperação e manutenção da Rede Municipal de Saúde.

Neste item foi proposto a realização de programas de manutenção e expansão da rede de assistência à saúde, objetivando a racionalização dos recursos e eficácia das demandas.

Para melhor entendimento de como funciona a pactuação, sua implementação e o alcance das metas postas, optou-se por construir o seguinte quadro, que exemplifica na prática, por eixos, a construção, bem como a forma de operacionalização do Plano Municipal de Saúde de 2010-2013, através do planejamento na Programação Anual de Saúde (PAS) e, concomitantemente, a prestação de contas, dos resultados alcançados, constantes no Relatório Anual de Gestão (RAG) no ano de 2011.

EIXO: I - Promoção da Saúde					
OBJETIVO	Promover e participar de medidas voltadas a prevenção e ao controle de determinantes e condicionantes da população manauara.	Metas Anuais		Recursos Orçamentários	
		Programada	Realizada	Programado	Executado
		09 metas anuais programadas	08 metas anuais realizadas	R\$ 532.060,00	R\$ 360.666.65
DIRETRIZ		Metas Anuais		Recursos Orçamentários	
		Programada	Realizada	Programado	Executado

PAS/ RAG 2011	Desenvolvimento e fortalecimento da promoção da saúde	Reduzir a prevalência do Tabagismo, passando de 12, 10% em 2009 para 11% até 2013	Prevalência de tabagismo em 2010: 11,8%. Vigitel sem informação para 2011	R\$ 133.000,00	R\$ 69.000,00	
		9 AÇÕES		Metas Alcançadas: 143% das ações realizadas		
		Implantar projetos de atividades físicas em 50 unidades de saúde até 2013.	Unidade de saúde ainda sem realizar projetos de atividades físicas	R\$ 54.500,00	R\$ 13.750,00	
		7 AÇÕES		Metas Alcançadas: 59% das ações realizadas		
EIXO: II - Vigilância em Saúde						
OBJETIVO	Prevenir e controlar doenças, agravos e riscos à saúde da população decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços	Metas Anuais		Recursos Orçamentários		
		Programada	Realizada	Programado	Executado	
		16 metas anuais programadas	16 metas anuais realizadas	R\$ 6.930.665,00	R\$ 3.741.899,40	
DIRETRIZ		Metas Anuais		Recursos Orçamentários		
		Programada	Realizada	Programado	Executado	
PAS/ RAG 2011	Vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos	Reduzir a incidência da AIDS, passando de 12.3 casos por 100 mil habitantes em 2009 para 11.5 por 100 mil até 2013		R\$ 460.561,00	R\$ 460.561,00	
		14 AÇÕES		Metas Alcançadas: 83% das ações realizadas		
		Reduzir em 50% o número de óbitos por dengue grave, passando de dois em 2009 para um até 2013		R\$ 424.740,00	R\$ 424.740,00	
		4 AÇÕES		Metas Alcançadas: 97% das ações realizadas		
PAS/ RAG 2011	Prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços	Ampliar em 50% o quantitativo de ações básicas e estratégias de vigilância sanitária, passando de 6.364 em 2009 para 9.546 até 2013		R\$ 1.133.000,00	R\$ 1.128.400,00	
		18 AÇÕES		Metas Alcançadas: 91% das ações realizadas		
		Ampliar em 3,2% ao ano a faixa de cura da		R\$ 188.425,00	R\$ 255.003,40	

		tuberculose, passando de 75% em 2009 para 85% até 2013			
		15 AÇÕES		Metas Alcançadas: 107% das ações realizadas	
EIXO: III – Atenção em Saúde					
OBJETIVO	Ampliar o acesso da população aos serviços e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde.	Metas Anuais		Recursos Orçamentários	
		Programada	Realizada	Programado	Executado
		31 metas anuais programadas	26 metas anuais realizadas	R\$ 9.786.248,00	R\$ 53.322.235,20
	DIRETRIZ	Metas Anuais		Recursos Orçamentários	
		Programada	Realizada	Programado	Executado
PAS/ RAG 2011	Aperfeiçoamento e a ampliação da atenção primária em saúde	Ampliar o número de equipes de saúde da família, passando de 161 equipes em 2009 para 274 até 2013		R\$ 860.000,00	R\$ 0,00
		6 AÇÕES		Metas Alcançadas: 43% das ações realizadas	
		Ampliar a cobertura populacional da estratégia de saúde da família, passando de 41,14% em 2009 para 705 em 2013		R\$ 14.800.000,00	R\$ 8.230.091,28
		4 AÇÕES		Metas Alcançadas: 46% das ações realizadas	
PAS/ RAG 2011	Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial e hospitalar especializada	Reduzir a desnutrição energético-proteica (déficit ponderal) entre crianças menores de cinco anos de idade passando de 7,93% em 2007 para 4,5% até 2013		R\$ 0,00	R\$ 0,00
		3 AÇÕES		Metas Alcançadas: 90% das ações realizadas	
		Promover o acesso de 100% das gestantes e crianças menores de idade ao programa de suplementação de ferro		R\$ 8.500,00	R\$ 8.500,00
		3 AÇÕES		Metas Alcançadas: 76% das ações realizadas	
	DIRETRIZ	Metas Anuais		Recursos Orçamentários	
		Programada	Realizada	Programado	Executado
	[...]Aperfeiçoamento da atenção a segmentos populacionais vulneráveis e das	Reduzir a gravidez na adolescência, passando de 23,1% em 2009 para 20 em 2013		R\$ 36.000,000	R\$ 21.000,00

PAS/ RAG 2011	intervencões específicas	8 AÇÕES		Metas Alcançadas: 61% das ações realizadas	
		Reduzir a mortalidade Materna de 96,13 por 100.000 N.V EM 2009 para 50 por 1000 N.V até 2013		R\$ 1.593.000,00	R\$ 1.515.000,00
		16 AÇÕES		Metas Alcançadas: 75% das ações realizadas	
	DIRETRIZ	Metas Anuais		Recursos Orçamentários	
		Programada	Realizada	Programado	Executado
PAS/ RAG 2011	[...]Aperfeiçoamento da atenção a segmentos populacionais vulneráveis e das intervenções específicas	Reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares na faixa etária de 30 a 49 anos de idade, passando de 10,5% para 9,5% até 2013		R\$ 307.500,00	R\$ 10.000,00
		5 AÇÕES		Metas Alcançadas: 38% das ações realizadas	
		Implementar o plano municipal de atenção a saúde indígena		R\$ 460.150,00	R\$ 460.150,00
		7 AÇÕES		Metas Alcançadas: 85% das ações realizadas	
	DIRETRIZ	Metas Anuais		Recursos Orçamentários	
		Programada	Realizada	Programado	Executado
PAS/ RAG 2011	[...]Aperfeiçoamento da atenção a segmentos populacionais vulneráveis e das intervenções específicas	Viabilizar em 04 unidades prisionais, o acesso da população em regime de privação de liberdade, as ações e serviços de saúde até 2013		R\$ 40.124,000	R\$ 35.124,000
		12 AÇÕES		Metas Alcançadas: 89% das ações realizadas	
		Ampliar em 20% o número de consultas para a prevenção e/ou diagnósticos de patologias do trato genital masculino e de cânceres de próstata, vesícula, uretra, bolsa escrota, testículos e pênis, passando de 89.000 consultas em 2009 para 106.800 até 2013		R\$ 116.000,00	R\$ 26.022,98
		9 AÇÕES		Metas Alcançadas: 44% das ações realizadas	
	DIRETRIZ	Metas Anuais		Recursos Orçamentários	
		Programada	Realizada	Programado	Executado

PAS/ RAG 2011	[...]Aperfeiçoamento da atenção a segmentos populacionais vulneráveis e das intervenções específicas	Distribuir 47.000 cadernetas de saúde da pessoa idosa com abordagem das condições de saúde, prevenção de doenças, riscos e agravos até 2013		R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00
		9 AÇÕES		Metas Alcançadas: 96% das ações realizadas	
		Capacitar 1.200 pessoas como cuidadores de idosos até 2013		R\$ 50.000,00	R\$ 41.505,00
		4 AÇÕES		Metas Alcançadas: 262% das ações realizadas	
PAS/ RAG 2011	[...]Aperfeiçoamento da atenção a segmentos populacionais vulneráveis e das intervenções específicas	Ampliar o número de Centros De Atenção Psicossocial – (CAPS), passando de um centro em 2009, para 12 até 2013.		R\$ 265.000,00	R\$ 60.000,00
		7 AÇÕES		Metas Alcançadas: 20% das ações realizadas	
		Organizar a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência até 2013		R\$ 213.000,00	R\$ 28.000,00
		10 AÇÕES		Metas Alcançadas: 55% das ações realizadas	

Quadro nº 10 – Explicitação das Metas programadas e realizadas, recursos programados e executados no ano de 2011 na Cidade de Manaus.

Fonte: Planejamento PMS 2010 -2013/ PAS/RAG 2011.

Em síntese, no ano de 2011, de acordo com os Indicadores da Saúde dos SISPACTO, correlacionados ao Pacto pela Vida, no que tange as prioridades, objetivos e resultados alcançados, se estabeleceu como prioridades:

1. Atenção à saúde do idoso;
2. Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama;
3. Redução da Mortalidade infantil e Materna;
4. Fortalecimento da Capacidade de Respostas as Doenças Emergentes Endemias com ênfase da Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite e Aids
5. Promoção da Saúde
6. Fortalecimento da Atenção Básica
7. Saúde do Trabalhador
8. Saúde Mental

9. Fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema de Saúde as Pessoas com Deficiência
10. Saúde do Homem.

De acordo com avaliação geral das prioridades constante na RAG/2011, é possível observar muitos avanços em diretrizes que alcançaram um elevado de percentual das ações e metas definidas na PAS, no entanto, a Secretaria de Saúde apontou dificuldades de implementação de ações voltadas para prioridade II, especificamente, no que tange ao Controle do Câncer de Colo de Útero, em função da insuficiência de Recursos Humanos, problemas operacionais e de infraestrutura. Já no Controle do Câncer de Mama, a SEMSA aponta avanços em função da implementação do serviço de Mamografia.

No que se refere a prioridade III - Redução da Mortalidade infantil e Materna, observou-se um avanço, uma vez que se registrou 13,39% de óbitos entre os menores 1 ano/1.000 N.V, o que representou em percentual 103,96% da taxa de 13,92 pactuada pelo município de Manaus. Em relação a mortalidade materna 57,53% dos óbitos de mulheres em idade fértil foram investigados, o que representou o alcance de 82,19% da meta anual de investigar 70% dos óbitos.

Para alcançar as metas correlacionadas a prioridade IV- Fortalecimento da Capacidade de Respostas as Doenças Emergentes Endemias com ênfase da Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite e Aids, foi elaborado o Plano de Contingência de Endemias de Dengue em Manaus, em parceria com FVS, SUSAM em MS, para conter a epidemia de dengue, que registrou cerca de 55.536 casos notificados.

Em relação ao diagnósticos de novos casos de hanseníase houve o alcance de 82,3% dos 85% esperado, e ainda, registro de melhorias em relação a tuberculose, que se deu através do Tratamento Diretamente Observado;²¹ redução de 3,64% dos casos de malária se comparado ao ano de 2010; Coletas d de 54,38% das amostras clínicas para diagnósticos do vírus influenza em relação o que foi preconizado, com alcance de 67,98% da meta de 80%; um maior registro quanto a melhoria do sistema de notificação de DST na rede municipal, o que representou um aumento de 30% de todas as DST no município de Manaus.

²¹Aquele que é feito por um profissional da equipe da unidade de saúde observa a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura. Esta estratégia, também, oferece maior acolhimento ao doente, melhor adesão com aumento da cura e redução de abandono ao tratamento, todo paciente com Tuberculose deve receber este tipo de tratamento. Maiores detalhes disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf

Em relação as prioridades V - Promoção da Saúde e VI - Fortalecimento da Atenção Básica, o Programa Estratégia Saúde da Família cadastrou 32,33% dos 55% pactuado pelo município; com relação ao pré-natal 37,61% do total de N.V nasceram de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, superando alcançando 75,22% da meta de 50% ora pactuada, nesta fase, o município de Manaus estava em fase de adesão a Rede Cegonha²²; das metas colocadas para o trato e agravo do diabetes, vê-se que a taxa anual ultrapassou negativamente a meta pactuada em 15,25%, o que em números absolutos, representa 4,61 internações por 10 mil pessoas na população de 30 a 59 anos; no campo da Alimentação e Nutrição, foram desenvolvidas várias ações, sobretudo, as ligadas ao acompanhamento das famílias registradas no Programa Bolsa Família, palestras, a criação de um instrumento da saúde aplicado junto ao CRAS para referenciar os usuários do bolsa família à unidade básica de saúde, para que estes façam a adesão as programas de promoção a saúde e outras.

Na saúde bucal, a meta alcançada foi de 9,04% , o que representou apenas 30,13% da meta pactuada, que em relação ao ano de 2010 foi de 10,53%, portanto, observou-se a redução de 14,15% da cobertura populacional por equipes de saúde bucal, paralelamente, em falando de escovação bucal, no ano de 2011, registrou-se uma médias a adesão de 0,57% dos habitantes do município, que participaram da ação coletiva de escovação dental supervisionada, o que representa 57% da meta de 1% pactuada, não havendo assim, mudanças em relação à média de 2010 (0,57%).

No campo da prioridade VIII- Saúde mental, observou - se avanços com relação a melhoria de infraestrutura, ou seja, reforma do CAPSad Leste e a reforma do imóvel do CAPSi Leste; aquisição de materiais permanentes do CAPSi Leste; o reaparelhamento do CAPS SUL. Das ações voltadas para as prioridades IX - Fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema de Saúde as Pessoas com Deficiência e X - Saúde do Homem, em relação a primeira, registrou-se a adaptação de 28 unidades da rede de municipal, no ano anterior – 2010, foram adaptadas 37, o que resulta em 65 unidades adaptadas, na segunda, saúde do homem, registrou-se a capacitação de 940 profissionais de saúde e de outras áreas técnicas, voltadas para a

²² É uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, cuja a finalidade consiste em, estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php

promoção e prevenção em Saúde do Homem, e ainda, a realização de 205 cirurgias, que superou a meta anual pactuada de 180/cirurgias de prostatectomia suprapúbica²³.

No ano final de 2011, elaborou-se a Programação Anual de Saúde do ano 2012, onde foram realizadas algumas alterações nas metas postas no Plano Municipal de 2010 -2013, em função disso, alguns alvos não apresentam quadro de ações e metas – alguns por já terem sido cumpridas outros por terem sido solicitadas as exclusões, deste modo, permaneceram os objetivos, havendo mudanças em algumas diretrizes, metas e ações, estas por último, apresentaram números expressivos se comparado a PAS 2011, como por exemplo, na meta - *“Reduzir a prevalência de tabagismo, passando de 12,10% em 2009 para 11%, até 2013”*, observa-se um aumento de 9 para 30 ações contudo, no RAG 2012, observa-se que a meta anual alcançou apenas 51% do percentual das ações realizadas, com um orçamento menor se comparado a 2011 que foi de R\$ 133.000,00, enquanto que em 2012 foi de R\$ 98.500,00²⁴

Ressalta-se contudo, que no ano de 2012, há a transição do PACTO para o COAP, o que implica em mudanças no planejamento e direcionamento das metas e ações em Saúde, muito embora o município de Manaus ainda não ter, neste momento, firmado o Contrato Organizativo de Ação pública, que tem suas bases no decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, onde os entes signatários assumem, conjuntamente, o compromisso de organizar de maneira compartilhada as ações e os serviços de saúde na região de saúde, respeitadas as autonomias federativas e com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde para conformar o Sistema Único de Saúde (SUS) com foco no cidadão. (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2012)

Assim sendo, no ano de 2012, avaliação apresentada pelo RAG/2012 dos indicadores de transição do Pacto-Coap, sinalizam a operacionalização de sete (7) diretrizes, que comportaram dez (10) objetivos nacionais, subdivididos no âmbito da atenção básica, neste contexto, são frutos deste ano, a ampliação do acesso à atenção básica através da;

Escovação supervisionada, que alcançou a média de 0,50% ; Acompanhamento de 81,19% das famílias com perfil de saúde, beneficiárias do Programa Bolsa família, da qual registrou-se a cobertura de 43,84% da população estimada pelas equipes de

²³ É uma intervenção cirúrgica indicada em situações em que há um aumento do tamanho da próstata. Este aumento de tamanho pode ser devido a patologia benigna ou maligna. A cirurgia pode ser realizada por duas vias diferentes: ou por via transuretral ou por via supra púbica - na qual a incisão é feita na linha média do abdome inferior e a bexiga é aberta. A próstata é removida, pela abertura da bexiga, em um ou dois estágios. Um cateter é colocado na bexiga por vários dias e, quando retirado, o fluxo urinário corre normalmente pela uretra. Disponível em: <http://prostataeasuascomplicacoes.blogspot.com.br/>

²⁴ Maiores detalhes podem ser observados na Programação Anual de Saúde de 2012.

Atenção Básica, destes, 25,55% com a cobertura de estimada pelas equipes básicas de saúde bucal; Implantação do serviço de notificação em 40 unidades de saúde; Registro de 0,46 exames citopatológicos cérvico-vaginais por um terço (1/3) das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos; a razão de 0,42 mamografias por metade dos números de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos; o percentual de 56,36% de seguimento e tratamento informado de mulheres com lesões intraepiteliais de alto grau- do colo de útero; no âmbito da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil – registrou-se 49,41% do total de nascidos vivos que nasceram de parto normal; 32,73% do total de nascidos vivos nasceram de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal; 22 óbitos de mulheres ocorreram após o término da gravidez, referentes a causas ligadas ao parto, puerpério e à gravidez; registro da taxa de mortalidade infantil foi de 13,66 óbitos maternos de menores de 1 ano por nascidos vivos; 19,25% dos óbitos infantis e fetais foram investigados ; investigação sobre a morte materna foi de 56,40% e a ocorrência 127 casos de sífilis congênita (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2012).

No âmbito do acesso a atenção psicossocial, inaugurou – se um CAPSI, que permitiu atingir 19% da população na Cidade de Manaus. Já no que diz respeito a promoção e a vigilância em saúde, foi executado a monitoração de eventos, como por exemplo, a vacinação com vacina tetravalente (DTP=Hib) /pentavalente em crianças menores de um ano, no qual registro uma cobertura de 84,26%; registro de 75,38% de cura nas coortes²⁵ de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera e 79% de casos novos de hanseníase diagnosticadas nos anos das coortes.

Em relação as questões de ordem epidemiológica, o Relatório Anual de Gestão do ano de 2012 registrou por área temáticas as seguintes conquistas:

- ✓ Saúde Bucal: Escolas que desenvolveram atividades de Educação em Saúde - 111; Escolas com atividades de prevenção desenvolvidas - 123 e Unidades de Saúde que desenvolveram ações educativas – 80;
- ✓ Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): Unidades Básicas de Saúde com SISVAN implantado – 47 e UBS com o Programa “A MAIS “ (suplementação da vitamina A) implantado – 94;
- ✓ Apoio Diagnóstico: Exames de Ultrassonografia realizados – 32.057; Exames de Radiologia realizados – 37.434; Exames de Laboratório realizados – 2.262.165; Exames colpocitológicos para mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos – 68.940; Exames de Mamografia realizados – 42.604 e Eletrocardiogramas realizados em hipertensos e diabéticos – 14.056;
- ✓ Saúde da Criança: Ambulatórios de assistência neonatal para bebês de risco implantados – 9; Unidades Básicas de Saúde da Rede Amamenta Brasil monitoradas e avaliadas – 38; Unidades Básicas de Saúde com Protocolo Assistencial de Aleitamento Materno implantado – 138 e Ambulatórios de seguimento da criança com doença respiratória aguda (asma) e diarreia crônica implantados – 17;
- ✓ Saúde do Adolescente: Percentual de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) integrantes do Programa Saúde na Escola (PSE) que implantaram a Caderneta do Adolescente – 100%;
- ✓ Saúde da Mulher: Nº de nascidos vivos de mães com 7(sete) ou mais consultas de pré-natal – 13.441; Nº de consultas puerperais realizadas – 5.064 e Nº de gestantes

²⁵ Conceito proveniente da estatística que faz referência ao conjunto de pessoas que tem em comum um evento que se deu no mesmo período.

triadas através do rastreamento precoce para identificar a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) – 9.415;

✓ Saúde do Idoso: Cadernetas de saúde disponibilizadas para idosos – 16.451; N° de idosos imunizados com vacina contra o vírus da influenza – 102.649 e N° de UBSF que realizaram assistência domiciliar ao idoso – em média 117;

✓ Vigilância Ambiental: Sistemas de Abastecimento de Água (rede pública e soluções alternativas) cadastrados – 258 e N° de análises físico-químicas e microbiológicas realizadas em amostras de água – 380; Vigilância Sanitária: N° de inspeções sanitárias realizadas – 6.881; N° de cadastros de estabelecimentos sujeitos à ação da Vigilância Sanitária – 743 e N° de inspeções realizadas em estabelecimentos sujeitos à ação da Vigilância Sanitária – 1.758.

Seguindo o mesmo percurso, elaborou-se a Programação Anual de Saúde no ano de 2013, em sincronia com a programação orçamentária disponível, de modo assegurar o desenvolvimento e alcance das metas propostas, nesse contexto, assume destaque neste momento, a implantação da Rede Manauara²⁶, que em suas bases envolve a construção, reforma e ampliação das UBS e Unidades especializadas, visando minimizar a fragmentação das ações de saúde, principalmente, no trato de questões agudas sem a devida atenção às condições crônicas, entre as ações adotadas está a territorialização do município, onde fora incluso o mapeamento da área rural – fluvial e terrestre.

Ao comparar a PAS 2013 ao Plano Municipal de Saúde 2010-2013, inclusive as PAS/RAG 2011 e 2013, o que se percebe é uma mudança na forma de se planejar a saúde no município de Manaus, isto se dá, sobretudo em função da “quebra no âmbito da gestão”, da eleição e mudanças de governo, com a posse do então Prefeito Artur Neto, o que repercute em mudanças estruturais de gestão da coisa pública, particularmente, na saúde quando se implanta a Rede Manauara.

Nesse viés, observa-se no Relatório Anual de Gestão do ano de 2013, um enxugamento no tocante às diretrizes e metas, com um planejamento mais objetivo e direto às demandas postas pela população;

Observa-se que assim como nos anos 2011 e 2012, a PAS/RAG 2013 manteve suas metas e ações, conforme indicativo e recomendações do Conselho Municipal, contudo não se observa mudanças substanciais na forma de se operacionalizar a política de saúde no município de Manaus, uma vez que ainda persistem questões de saúde básica a serem superadas.

Nessa linha de raciocínio, no âmbito da saúde o “velho e novo” dividem o mesmo espaço, ao mesmo tempo que há um trabalho intenso de enfrentamento de questões como, por exemplo, morbimortalidade infantil e materna, hanseníase, tuberculose e outros, institui-se por outro lado, novas frentes de processos, formas de ação, de intervenção multiprofissional e

²⁶ Vide: http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2014/02/cartilha_semsa_final_web_baixa.pdf

intersetorial, através de novas tecnologias clínicas e o cuidado compartilhado, para além das consultas médicas no interior das Unidades Básicas de Saúde Ampliada e NASFs²⁷.

2.3 FINANCIAMENTO E INDICADORES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO DE MANAUS: BREVES SINALIZAÇÕES SOBRE AS PROGRAMAÇÕES ANUAIS E OS RELATÓRIOS ANUAIS DE GESTÃO

Como se pode observar, o planejamento no âmbito da saúde, no território brasileiro, e aqui especificamente, no município de Manaus, tem sua expressão concreta no processo de formulação, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos do SUS, isto é, nos Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG). A construção desse sistema integrado de ações está baseada nos processos de formulação dos instrumentos em nível nacional - PlanejaSus e de Governo - Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

De acordo Plano Estadual de Saúde do Estado do Amazonas,

Além dessa apropriação, a concepção e desenvolvimento desse sistema pressupõem a organização de instância responsável pela condução dos processos envolvidos na função planejamento à qual, sob a orientação do gestor correspondente, cabe a construção/operacionalização do planejamento no âmbito de sua instituição – SMS, SES e MS – e também no seu território de abrangência/ municipal, estadual e nacional. (PES, 2012-2015)

Portanto, fazer saúde, gestar as ações no âmbito da saúde, seja no território nacional, no Estado do Amazonas, na região do entorno, e, especificamente no município de Manaus, a partir das indicações do Pacto, e posteriormente, a partir Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, é sobretudo um “acordo de vontade” como bem assinala o PES 2012-2015.

Nesse viés, aponta-se a relevância da vontade política-administrativa, de se trabalhar em prol da defesa dos SUS, conforme propõe em suas bases iniciais o Pacto: pela Saúde, em Defesa do Sus e de Gestão, principalmente, no que diz respeito ao fortalecimento das regras de gestão compartilhada do SUS (CIT, CIB, CIR, CONASS e CONASEMS).

²⁷ Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Vide: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php.

Daí a importância de haver uma constante articulação nas etapas de planejamento da saúde em consonância com o planejamento de governo, seja na esfera municipal, regional e estaduais, partindo desse pressuposto, compete a leitura que, embora haja a apresentação de dados e conquistas no trato da saúde pública no município, além de todas sinalizações, leituras, entendimento e metas pactuadas nos planos, programas e relatórios, seja no âmbito da Secretária do Estado de Saúde ou na própria Secretária Municipal de Saúde do município, é possível observar uma extrema dificuldade e insipiência na cultura do planejamento, sobretudo, quando há o confrontamento das características loco regionais, assim como zonais, ao passo que política de saúde é implementada dentro dos padrões de regiões de saúde, o que pressupõe uma maior interação entre os gestores no ato do planejamento integrado.

Ressalta-se que neste âmbito, o município de Manaus, é referência para os demais municípios e outros estados no norte do país. Esse evento é datado sobretudo a partir do período auge da borracha, onde tem-se o processo de imigração e o constante fluxo de pessoas em busca de construir projetos de vida, bens, serviços, entre eles, os correlacionados saúde, tendo em vista que a cidade sempre esteve melhor equipada para ofertados cuidados em saúde.

Assim sendo, após 1988, o mesmo caminhou para o aprimoramento, em níveis de atenção básica, média e alta complexidade, o que requereu e ainda requer, na contemporaneidade, paulatinamente, vontade política por parte do governo local, tanto em nível de financiamento, quanto em nível de gestão do trabalho e educação em saúde, para melhor se operacionalizar a política de saúde no município de Manaus.

Cabe pontuar, que nesse contexto organizativo, o município de Manaus pertence a Região de Saúde - Entorno de Manaus e Rio Negro, detendo 5 regiões Intramunicipais, isto é, em distritos - leste, norte oeste, sul e rural, tendo como atual gestor da Secretaria Municipal de Saúde; do Fundo Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde/MAO, o Sr. Homero de Miranda Leão Neto²⁸, eleito entre os pares e empossado no dia 04/04/2014, cabe mencionar que, anteriormente, essa estrutura administrativa era de responsabilidade do então gestor, Antônio Evandro Melo de Oliveira, o qual esteve à frente das ações de 2011 a 3/2014

Durante a respectivas gestões, neste momento, uma questão que merece destaque está essencialmente relacionada ao financiamento, onde o município de Manaus investiu em saúde no último triênio respectivamente;

²⁸ Médico pediatra, sanitarista e gestor público, filho de Deodato de Miranda Leão e de sua mãe, a também sanitarista Eliana Maria de Miranda Leão. Formou-se médico em 1987 pela Universidade do Amazonas e especializou-se em *Gestão de Saúde* (FGV) e em *Vigilância à Saúde* (Fiocruz) [...] vide em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/equipe/>

ORÇAMENTO ANUAL	2011	2012	2013
	R\$ 531.172.380,81	R\$ 588.695.956,61	R\$ 669.583.289,11
ORIGEM DO FINANCIAMENTO	VALOR ABSOLUTO/ (%)	VALOR ABSOLUTO/ (%)	VALOR ABSOLUTO/ (%)
Tesouro Municipal	R\$ 390.793.813,62/ (73,57%)	R\$ 467.165.051,92/ (79,36%)	Relatório não especifica diretamente os valores absolutos repassados. Menciona apenas que: a transferência de recursos para o financiamento da atenção básica correspondeu a 52,85% do total de recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), e ainda, informa que a prefeitura investiu do próprio recurso 39,76% do total dos recursos aplicados na saúde.
Transferência do SUS - Federal	R\$ 139.495.809,78/ (26,26%)	R\$ 121.530.904,69 (20,64%)	
Transferência do SUS - Estadual	R\$ 696.418,68 (0,13%)	R\$ 2.051.596,38 (0,34%)	
Convênio	R\$ 186.338,73 (0,04%) *exercício anterior	R\$ 639.731,21 (0,13%)	

Quadro nº 11 – Orçamento Anual e Origem de Financiamento da Saúde no Município de Manaus.
Fonte: RAG/2011/2012/2013.

Os investimentos das instancias administrativas no financiamento da atenção em saúde em Manaus, principalmente entre os anos 2011 e 2012, observa-se ainda que, na origem de financiamento, os valores mais expressivos, primeiramente, são provenientes do Tesouro Municipal, seguido da Transferência do SUS – Federal, e, posteriormente, a Transferência do SUS – Estadual, a esfera pela qual menos repasses são feitos, e mais, os repasses feitos pelos convênios que *a priori*, não possuem vínculos fixos de financiamento com a gestão propriamente dita.

Contudo, no ano de 2013, percebe-se a ausência de informações quanto a essa participação, e ao confrontar com a RAG/2013 com o campo destinado à “Análise sobre a utilização dos recursos”, vê-se a seguinte nota,

A transferência de recursos para o financiamento da atenção básica correspondeu a 52,85% do total de recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), e ainda, informa que a prefeitura investiu do próprio recurso 39,76% do total dos recursos aplicados na saúde.

Esta sinalização corrobora com a fala do sujeito entrevistado, representante do governo, ora denominado Representante/conselheiro (R. G .1), quando questionado sob adesão do pacto e os desdobramentos da gestão partilhada e compartilhada das ações em saúde, o mesmo é

taxativo ao mencionar que, apesar de todo aparato legal e normativo, os problemas no âmbito da gestão são históricos, principalmente, quando ocorre a transição e mudanças de governos.

Ele aponta que questões mal resolvidas no âmbito da política acabam refletindo no orçamento, ações e serviços públicos em saúde, o que pressupõe questionamentos, como, *a quem de fato deve ser direcionada as responsabilidades de setores específicos de atenção em saúde no município de Manaus?* O que de certo modo fere os indicativos e princípios da gestão partilhada e compartilhada do SUS, conforme preconiza o Pacto de Gestão,

O que a gente tem hoje no município de Manaus, que os atuais prefeitos e governadores disseram que vão tentar resolver, que eu acho, se resolver vai ser histórico... por exemplo, a gente tem maternidade municipal, isso não deveria acontecer... maternidade não é responsabilidade do município! A gente tem POLICLÍNICAS, CAICS E CAIMS nas mãos do Estado, que também é uma outra responsabilidade que não é do Estado, é de Município [...] Só que toda vez que a gente bate nesse ponto, é uma discussão um tanto quanto delicada, tanto para os gestores municipais, como estaduais, nenhum quer abrir mão de nada [...] O ministério enquanto condutor nacional da política também não se manifesta, se resolveria, se o ministério se manifesta-se. Mas aí com toda aquela questão política que a gente sabe que tem no nosso Estado, tem Governador que era base política do governo, hoje em dia não sei como está... Mas isso acho, que não tem tanto apoio assim. Eu sei que o prefeito e governador se comprometeram a resolver essa situação, e seria interessante para população, enquanto usuários dos serviços que isso fosse de fato normatizado, dar para quem é de responsabilidade. [...] tem alguns repasses que o Estado não repassa para o município, quando a gente vai analisar o plano municipal de saúde no geral, a gente vê que tem a maioria do recurso que tem no município, ele é aplicado nas receitas do município, fora PAB fixo e o PAB que vem do ministério, e não tem muitos repasses do Estado. (R. G .1)

Nesse contexto, de acordo com as proposições de Gaulejac (2007), o que se percebe é uma espécie de atrofia gestonária, pois apesar da amplitude do planejamento contido nas Programações Anuais de Saúde, é possível vislumbrar o excesso de números e metas, em contraponto aos resultados alcançados.

Ao final das análises de cada Relatório de Gestão Anual (2011/2012/2013), o Conselho Municipal de Saúde de Manaus sinaliza recomendações para as próximas programações anuais de saúde, bem como possíveis redirecionamentos para o Plano de Saúde, haja vista que muitas vezes, metas similares entram e saem das PAS e RAG's e não se concretizam.

O que afeta diretamente a população usuária dos distritos que sofrem com ausência de cobertura, principalmente, na atenção básica, como por exemplo, podemos tomar as seguintes recomendações presentes nos Relatórios de Gestão Anuais de 2011 e 2012, a seguir:

Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família passando de 31,95% em 2011 para 50% em 2012 (RAG, 2011)

Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família, passando de 41,14% em 2012 para 50% em 2012 (RAG, 2012).

Nas palavras de Metzger et. al (2012, p.229), esse processo se dá em função da encarnação da “nova filosofia gerencial”, que fornece certas “definições de situação”, onde os significados devem ser acordados com os eventos organizacionais, pois os dispositivos de gestão orientam e canalizam a atividade de cada um.

Partindo desse pressuposto, acredita-se e que essa relação contribui para a produção e perpetuação de relações de dominação sob o pretexto da gestão racional do desempenho, o que pressupõe uma ação sob o impulso dos números e dos estímulos organizados pela gerência, cujas as condutas individuais, aqui especificamente, dos representantes do CMS/MAO, sobretudo usuários e trabalhadores, parecem escapar a qualquer possibilidade de deliberação.

O que expressa muito bem, de um modo geral, a fala do sujeito entrevistado, segmento do governo, entrevista de nº 01, no que tange a gestão, as PAS's, RAG's e as intervenções do Conselho Municipal como órgão executivo/fiscalizador, quando menciona que:

[...] **o conselho ele poderia cobrar mais**, por exemplo, eu participei da CEPOFIN...A secretaria deixa tudo muito amarradinho, tudo muito certinho com relação as leis, as normativas do ministério, as portarias. **Então, não tem muito ali, o que dizer que está errado. Só que assim... entre que o plano fala, e o que é executado, existe ai um universo de situações que a secretaria, por exemplo, deixa de implementar...**tem ações que você vai lá ver, você vai procurar no relatório de gestão, estão zeradas não foram implementadas... Só que é uma situação assim, um tanto quanto delicada porque uma não - aprovação de um relatório de gestão é uma cadeia de acontecimentos, até recursos que o município poderia receber...não vai receber... e quem vai ser o pior penalizado com isso? O usuário! O que que a gente faz, e que o que a gente tem feito ao longo, pelo menos na minha época de coordenação, a gente aprova o relatório com todas as ressalvas, meta tal à meta tal, porque que não foi implementado, chama a secretaria técnica responsável por aquele setor, para dar explicação porque que não foi...[...] (R. G. 1)

O que é reafirmado, na fala dos sujeitos entrevistados, segmentos dos Usuários e Trabalhadores do SUS, ora denominados representante/conselheiros, (R. U. S. 2), e, respectivamente, (R. T. S. 1), quando se reportam ao assunto em questão;

Olha a questão muitas vezes, a questão do plano anual, o relatório quadrimestral que nós também deliberamos sobre isso, eu vejo assim, eu vejo que tem que melhorar muito certo. Por que muitas vezes se está no papel, não se cumpre as metas, outra questão das conferencias de saúde que você falou ainda agora, é uma coisa que geralmente eu falo, a gente participa das conferências, se elabora uma série de propostas, e vem outra conferencia, se fala a mesma coisa, se elabora um monte de proposta...então eu acho que o que tem que ser feito - crie mecanismo pra que essas propostas sejam colocadas em prática, não é verdade. Nós fazemos fóruns é a mesma situação, a questão do plano anual tem metas e mais metas,

e mais metas e muitas vezes não é alcançado. Os quadrimestres é a mesma coisa [...] (R. U. S. 2)

eu...no meu ponto de vista, me força a te dizer que esse negócio de gestão compartilhada da política pública de saúde... esse negócio de que o controle social intervém na política pública de saúde ele é quase que mitológico, e eu vou explicar o quase, o quase se dá por que nós enquanto conselheiros, a gente ainda consegue por força, assim de pressão, por força de mecanismos administrativos, atrapalhar por vezes os desejos do gestor, veja que eu estou falando do gestor, e não da gestão... os desejos do gestor, ora, você tem um projeto da Secretaria Municipal de Saúde, onde você tem a oportunidade de analisar e você identificou ali algumas coisas que não são condizentes com a realidade, você discute com o técnico responsável pela elaboração do projeto, e ainda assim, você perdura na dúvida, no não entendimento do que o técnico quer dizer, qual é o mecanismo administrativo que o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde da pro conselheiro, pedido de vistas, ai, tem todo um procedimento a ser executado, mas quando você faz o pedido de vistas, pra esclarecer o teu pensamento, de uma maneira mais aprofundada, de uma maneira mais tranquila, que não dentro de pleno do conselho municipal de saúde...aí o gestor fica com “raivinha” e você começa a ser tratado como inimigo, “inimigo da gestão” [...] (R. T. S. 1)

Sem mais delongas, outro fator de extrema relevância que também merece destaque, é que mesmo com o advento e sinalizações do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, no ano de 2011, ainda prevalece no âmbito da gestão, a não participação de investimento por pelos entes federativos, sobretudo, pela esfera Estadual, como se pode observar no quadro de nº 11, supramencionado, que repercuti sérias complicações em setores estratégicos e de extrema relevância para se “fazer saúde” no município de Manaus, como bem sinaliza representante/conselheiro entrevistado,

A própria assistência farmacêutica, “eles” não repassam a muito tempo, “eles” tiveram repasse, se eu não me engano, em 2012, mas um repasse bem pequeno [...] Olha é como estou lhe dizendo o município acaba tendo que aplicar quase tudo da receita dele...porque o secretario pode muito bem mandar um documento pro ministério, pra secretaria estadual e cobrar isso. Só que não fazem! É meio que uma cumplicidade. [...] porque eu acho que não está afetando-os, acho que não tem muito sentido de querer mexer numa coisa que vai movimentar muita coisa que vai complicar, que é trabalho isso. [...] assim o COAP ele vem para regulamentar uma situação que já está existe. O COAP ele é todo baseado no decreto 7508 e na lei complementar 141. A 141 é uma lei complementar, que depois de 21 anos, o governo resolveu regulamentar a 8080, só que o governo não é bobo! “Ele” diz pro Município que tem que aplicar (x) e Estado aplicar (x), mas ele não diz quanto ele tem que aplicar (R.G.1)

Ainda sobre os indicadores da gestão e a questões de financiamento, para o representante/conselheiro, segmento dos usuários do Sistema Único de Saúde, (R. U. S. 2), “fazer saúde” município de Manaus envolve problemas de financiamento, mas não é só isso, o mesmo ressalta a importância de alinhar o tripé: - metas recursos - bom gerenciamento das ações,

[...] para mim a raiz do problema, primeiro, tem que se cumprir o que determina a lei, segundo, **eu acho que muitas vezes é falta de recurso e gerenciamento, por que pra você alcançar determinadas metas, muitas vezes você não sabe, se tem o recurso (x) e as vezes você não tem, as vezes você tem o recurso, e não tem um gerenciamento** adequado pra chegara aquele ponto. (R. U. S. 2)

Nesse sentido, é de suma importância que os instrumentos de avaliação no âmbito da administração pública gerencial, pois estes propiciam orientação o cidadão quanto aos seus direitos, e ainda, a possibilidade de obter resultados mais eficientes, através de um maior conhecimento do universo gestado, de modo a maximizar o resultado do gasto público, identificar êxitos e superar pontos de estrangulamento na operacionalização das políticas públicas, entre elas, a de saúde (BRESSER PEREIRA 1996, apud CUNHA, 2006).

Contexto que impulsiona indagar *os motivos que levam, ou levaram de fato o não alcance dessa ou aquele objetivo, meta e/ou ação, tanto na sua dimensão quantitativa, temporal e espacial?*. Assim sendo, a avaliação se insere, em tempos de globalização, como um instrumento capaz de avaliar os desempenhos, e, assim, transformar a estrutura dos paradigmas da administração pública, a reforma do Estado, mais que isso, a modernização de suas instituições em nível mundial, nessa ótica, o SUS nascido em 1988, possui o grande desafio de transpor a disparidade existente entre “SUS legal” e “SUS real”.

Esse cenário aponta motivos relevantes por parte dos sujeitos envolvidos a aprendizagem quanto ao processo organizacional, onde se faz presente a necessidade de se problematizar a continuidade ou não dos programas, metas e ações; a transparência; a qualidade das ações e *accountability* na gestão dos recursos públicos, sobretudo, a responsabilização dos gestores no tocante as decisões e ações implementadas (CUNHA, 2006).

A partir dessas sinalizações, em se tratando de metas voltadas especificamente para o eixo gestão em saúde - as diretrizes, bem como metas de aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS; institucionalização de políticas voltadas para melhorar processos e fluxos; manutenção do programa de ampliação, recuperação e manutenção da Rede Municipal de Saúde do município de Manaus, da RAG 2011 a 2013, é possível vislumbrar um baixo nível de investimento, explicitando a “razão de ser” desse eixo, da própria pactuação e contrato organizativo, o que no mínimo, expressa uma profunda contradição para com operacionalização do pacto de gestão.

A Programação Anual de Saúde em 2011, teve como objetivo, fortalecer a gestão do SUS, visando melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações prestados à população, tendo nesse sentido, 18 metas anuais programadas e, por conseguinte, 18 meta anuais

realizadas, contudo, algumas questões merecem certos questionamento, como por exemplo, na diretriz “*Aperfeiçoamento e fortalecimento da Gestão do SUS*, a meta programada fora, “*Implementar a política da Gestão do Trabalho, ampliando a força de trabalho na SEMSA passando de 9.180 servidores estatutários em 2009 para 13.180 até 2013*”.

Nesse cenário, foram programadas 7 ações, das quais, apenas duas foram realizadas, com programação de R\$ 5.5000, 00, onde nenhum recurso foi investido na respectiva execução. Outro fator intrigante, é que uma das metas programadas seria a realização de 1 concurso público para 1.490 vagas, que por sinal, está entre as não realizadas, outro destaque, concentra-se também, a não realização de ações voltadas para implantação da educação municipal de educação permanente; ações de educação popular em saúde e política municipal de informática em saúde.

Observa-se ainda, que apenas os “elementos obrigatórios” foram priorizados nesse processo, como por exemplo, a elaboração e aprovações do Plano Municipal de Saúde (PMS 2014-2017) e as quatro programações anuais de saúde e relatórios anuais de saúde até 2013; auditorias; produções; programação orçamentária; atualização dos sistemas de saúde e outros.

No campo destinado as recomendações, no ano de 2011, muitas das metas foram remanejadas para reprogramação, com o seguinte indicativo “ *estabelecer as ações para a próxima PAS, com base nas metas a serem alcançadas, bem como considerando os resultados alcançados no exercício anterior*”, o que implica dizer que, os indicadores de gestão, deixou a desejar haja vista que, em muitos casos não houve no geral o alcance e/ou informação precisa sobre as metas ora estipuladas (RAG, 2011)

Prontamente, no ano de 2012, é possível vislumbrar, uma maior clareza entre eixo meta/resultados, pois os indicadores, mencionam o alcance das ações em seus respectivos conjuntos de objetivos, diretrizes, metas e ações, contudo, a transição do pacto para COAP, denota ainda, a permanência de fragilidade no alcance das ações, tendo como recomendações:

- ✓ Melhorar a cobertura de atendimento à população acometida de hipertensão arterial e diabetes, considerando o resultado dos Indicadores do SISPACTO, e que as doenças do aparelho circulatório foram a segunda causa de morte, neste município, em 2012;
- ✓ Na área de saúde da mulher, melhorar a cobertura do pré-natal, parto e puerpério, implantando o Projeto de Atenção à Saúde no Ciclo Gravídico-puerperal;

- ✓ Implantar 1 Ambulatório de Seguimento da Criança com Doença Respiratória Aguda (asma) e Diarreia Crônica, considerando que as doenças do aparelho respiratório foram a quinta causa de morte em 2013;
- ✓ Intensificar as ações do Programa de Reestruturação da Rede Pública Municipal de Saúde: construção de mais UBSF, de bases do SAMU e do SOS Vida, e de um Centro de Especialidades Odontológicas;
- ✓ Implantação de Farmácias Gratuitas, de Unidade de Saúde Ambulatorial; de CAPSad e CAPSi; de novos Ambulatórios de Tratamento de Fumantes;
- ✓ Reprogramar as ações previstas na PAS 2013 e que não foram realizadas;
- ✓ Estabelecer as ações para a próxima PAS, com base nas metas a serem alcançadas, bem como considerando os resultados alcançados no exercício anterior.

Por fim, no ano de 2013, as recomendações girão em torno da definição de ações para a PAS 2015 em conformidade os objetivos, as diretrizes e metas de Plano de Saúde 2014-2017, a qual deve observar as sinalizações da PNS; estabelecer compatibilidade as ações com os recursos oriundos do SUS; observar as prioridades da Semsas estabelecidos no Mapa Estratégico e os programas de saúde desenvolvidos e, por fim, estabelecer uma sincronia entre as ações e os indicadores pactuados no SISPACTO.

À guisa de conclusão, há que se mencionar que o atual panorama econômico está sendo moldado por duas forças poderosas: tecnologias e globalização, nessa perspectiva, é notório que uma gama de tecnologia que vem impulsionando novas formas de organização social, daí a noção de “aldeia global”, onde já não incide mais as noções de barreiras, haja vista que o mundo está interligado, o que pressupõe a noção de que para “sobreviver” é preciso acompanhar tal processo.

Assim, os modos de organização tanto de caráter econômico, político e social assumem parâmetros diferenciados, as quais estão extremamente ligadas às novas formas de organizações, de se administrar, planejar e programar, o que impreterivelmente alcançam a todos, desde o simples planejamento de pequenas ações seja na vida pessoal, coletiva/família, e até mesmo, das grandes empresas e/ou instituições.

Portanto, planejar faz parte das ações humanas, tão somente, a era contemporânea, requer da sociedade como um todo, o ato de planejar estrategicamente, nesse sentido, para

Drucker (1987), o planejamento estratégico é um processo contínuo, sistemático, organizado, que é capaz de prever o futuro, de maneira a tomar decisões que minimizem riscos, para tanto, é inerente traçar estratégias para alcance dos propósitos da empresa e/ou instituição.

Assim sendo, nos convém fazer menção as palavras de Oliveira (1993), que define estratégia como uma forma articulada de unir a ação, os objetivos, bem como desafios, de maneira que, juntos possam chegar ao resultado almejado, prontamente, Stoner e Freeman (1985), procuram tratá-la, como um programa e, ao conceituá-la, usam uma definição similar à de planejamento, também por eles adotada, diferenciando-se apenas, quanto à inclusão da variável "Ambiente Organizacional", isto significa dizer que, quando se associa planejamento à estratégia, tem-se uma ferramenta chamada planejamento estratégico.

Mediante a estes conceitos, caracteriza-se a gestão estratégica, como um conjunto de ações pautadas sob enfoques: financeiros, processos, pessoas, inovação, qualidades e usuários, as quais assumem o caráter de interdependência, haja vista que todos possuem interesse, logo, parte-se do pressuposto que, todos de forma compartilhada, devem buscar uma maior eficiência nos processos inerentes a empresa e/ou instituição.

A luz dessas sinalizações, pontua-se que a sociedade brasileira, e, aqui especificamente, manauara, é convidada dia após dia a racionalizar suas ações para construção e alcance, dos objetivos organizacionais, mas sobretudo, dos interesses e necessidades coletivas, uma vez que, o alto escalão administrativo, de colaboradores, e demais seguimentos, de uma empresa e/ou instituição, e aqui, especificamente dos usuários e trabalhadores do SUS, são de extrema importância para alcance desse ideal.

Por assim ser, a partir das sinalizações aqui postas, sobretudo, nas falas dos sujeitos entrevistados, a noção de que a questões da gestão partilhada e compartilhada, no município, ainda se apresenta de forma fragmentada e esparsa, uma vez que não há um consenso, entre as metas e ações no âmbito gestão, assim como também do controle social, voltada para uma melhor operacionalidade da política de saúde no município de Manaus, a partir das necessidades dos usuários deste política pública

Assim sendo, é preciso ter em mente que os tempos são outros, atenção que outrora enfocava no trabalho braçal e meramente burocrática, deve assumir uma nova conotação, com maior dinamicidade, para acompanhar as mudanças estruturais vivenciadas pela sociedade global, que por sinal, perpassa todo o território nacional até chegar as particularidades regionais, e aqui especificamente, no município de Manaus - em suas necessidades, entre elas, a de ter acesso a bens e serviços, no campo do saúde, o direito a saúde com qualidade.

Nesse sentido, sinaliza-se que a condução da gestão estratégica da política de saúde no município de Manaus, deve portanto, ser pautada, em vontade política pelos governantes, entes da federação, gestores, mas também, pelos sujeitos nelas envolvidos, de modo a possibilitar o empoderamento da coisa pública, da saúde como bem coletivo.

Possibilitando aos mesmos, contribuir socialmente em seus seguimentos, para além disso, envolva cada vez mais a população, numa ação crescente de contribuição, construção e consolidação de uma gestão eficaz e mais horizontalizada, que não perpassa soluções como passe de mágica e de conotação ilusória, mas que enfrente as expressões da questão social que se apresentam, onde o usuários requisitam o direito de acesso e usufruto das ações em saúde propriamente dita.

Partindo desse pressuposto, incide a necessidade de maior proximidade entre os objetivos - metas programadas - metas alcançadas, e, sobretudo, que se abra frentes de lutas em prol do fortalecimento da gestão partilhada, compartilhada e solidária do SUS, que se construa, no município de Manaus, paulatinamente, formas mais concretas e “não mitológicas” de controle e da participação social.

Acredita-se que ações empreendidas pelo Conselho Municipal de Saúde de Manaus possam contribuir significativamente para avaliação das políticas públicas, com vistas a melhoria e melhor eficiência no gasto público; na qualidade da gestão e das ações pactuadas, encabeçando um processo de aprendizagem organizacional, bem como um maior entendimento do conhecimento técnico, que permitam, construir, elaborar e avaliar as futuras Programações Anuais de Saúde e seus respectivos Relatórios Anuais de Saúde no município de Manaus.

Questões estas que serão contempladas no próximos capítulo III e IV, onde dar - se - á enfoque as particularidades do Conselho Municipal de Manaus com enfoque as esferas de ação do trabalhador e usuário do SUS, no que tange a participação no exercício do controle social da Gestão em Saúde no Município.

CAPÍTULO III

O LUGAR E O PAPEL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NO PROCESSO DE GESTÃO EM SAÚDE NA CIDADE DE MANAUS

Os Conselhos de Saúde conforme sinaliza a lei 8.142/90, bem como os decretos e portarias, devem oportunizar aos sujeitos de direitos fiscalizar a aplicação do recurso público na saúde, verificar se a assistência prestada a população seja no âmbito do Estado e/ou Município, vem de fato atendendo as necessidades loco-regionais das populações em suas respectivas regiões de saúde, assim como, exercer influências concretas nas decisões do governo, metas e objetivos, através do planejamento e gestão do orçamento destinado a execução de política de saúde.

Nesse sentido, o presente capítulo tem como objetivo central desvelar o lugar, o papel, bem como as contribuições do Conselho Municipal de Saúde (CMS/MAO) na gestão e tomada de decisão partilhadas e solidária do SUS cidade De Manaus. Para tanto, será feito um breve resgate acerca do seu histórico, estrutura e formas de organização desde a década de 90 até os dias atuais, enfocando os avanços e entraves, no tocante a participação no exercício do controle social no município de Manaus.

3. BREVES NOTAS SOBRE O HISTÓRICO, A ESTRUTURA E AS FORMAS ORGANIZAÇÃO DO CONTROLE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL.

A luta em torno da participação popular e cidadã no Brasil inicia-se no final dos anos 70 e início dos anos 80, com os movimentos sociais organizados contra a ditadura militar que mostrava claro sinal de derrocada, num movimento histórico que marcou e instaurou novos tempos para a gestão das política públicas, entre elas, a política de saúde, conquistas que asseguram direitos sociais e acesso a serviços sociais a todos independente de contribuição social.

Essa participação popular e cidadã no âmbito da saúde, município de Manaus, é instituída legalmente, com a criação do Conselho Municipal de Saúde (CMS/MAO), nos termos da Lei nº 066, em 11 de junho de 1991, em linhas gerais, o conselho gestor em saúde nasce e constitui-se como órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, consultivo, normativo e fiscalizador do Sistema Único de Saúde – SUS, em cumprimento ao disposto na Constituição

Federal, artigo 198, inciso I, na Lei n° 8.080, de 19/9/90, artigo 9°, item III, e na Lei n° 8.142, de 28/12/90, artigo 1°, § 5°.

Entre os anos 2006 o Conselho Municipal de Saúde comemorou 15 anos de sua existência, lançando a *2ª edição da Cartilha: Memorial do Conselho Municipal de Saúde Manaus* para homenagear os membros representantes que ao longo dos anos atuaram em prol do Controle Social e, concomitantemente, fazer um resgate histórico das gestões dos Conselheiros Municipais de Saúde, bem como presidentes desde o início da criação do CMS, a qual far-se-á menção nos parágrafos seguintes

A cartilha resgata a memória do conselho pontuando que no período de 1991 a 1993, no município de Manaus, na gestão do prefeito Artur Virgílio do Carmo Ribeiro Neto, foram empossados 22 (vinte e dois) conselheiros, subdivididos, entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS, contudo, ressalta-se que neste momento, não houve nomeação de representantes dos trabalhadores urbano.

No que tange a eleição para conselheiros, está se dava por intermédio da indicação de seus pares (categorias), assim como também para a o gestor, somente em a partir de 1994, em função da alteração do regimento do conselho, foi instituída a inclusão dos trabalhadores e usuários de saúde no processo eleitoral, sendo empossados de 11 de novembro de 1993 a 1995, conselheiros titulares e suplentes, totalizando um universo de 44 sujeitos, que atuaram até 28 de agosto de 1996.

Entre os anos de 1995 a 1998, foram empossados no governo do então prefeito, Carlos Eduardo de Souza Braga, conselheiros titulares e suplentes, totalizando um universo de 44 sujeitos, contudo, o mandato se estendeu por apenas dois anos.

De 1998 a 2000, no então governo do Prefeito Alfredo Pereira Nascimento, registra-se também, a posse de conselheiros titulares e suplentes, totalizando um universo de 44 sujeitos, que por ora, assim como a gestão anterior cumprirão um mandato curto, de apenas dois anos, tendo em vista as sinalizações do decreto em vigor.

No período de 2000 a 2004, verifica-se que após a aprovação do relatório final das eleições ocorridas no ano de 2001, a homologação do ato declaratório das eleições dos conselheiros municipais de saúde para o mandato de dois anos, com a data de posse em junho de 2001, com a vigência até junho de 2003, prorrogado por mais 6 meses com base na Resolução de n° 07/2003-CMS/MAO e, posteriormente, por mais 3 meses com base na Resolução de n° 21/2003-CMS/MAO. Ressalta-se que a partir desse momento, o lugar destinado a representação do governo, passou a ser ocupado pelo Secretário Municipal de Saúde.

De 2004 a 2006, foram nomeados pelo então Prefeito Luiz Alberto Carijó de Gosztanyi, a posse de mais uma gestão, que por ora também foi prorrogada, por intermédio do Decreto de Lei de nº 8.360 até 31.03.2007.

Assim tem-se, resumidamente, o histórico das gestões do CMS/MAO de 1991 até 2006, da seguinte forma;

Prefeito/ Partido	Presidentes	Período		Representação	
		Início	Término	Prestadores de serviços, aparelho formador e trabalhadores do SUS	Usuários
Artur Virgílio do Carmo Ribeiro Neto (PSDB)	Dr. Antônio Evandro Melo de Oliveira	29.08.1991	29.12.1992	12	10
	Dr. Ilídio Almeida Lima	01.01.1993	06.11.1995	11	11
Carlos Eduardo de Souza Braga (PPS)	Dr. Tirso Rodrigues Alves Junior	06.11.1995	31.12.1996	11	11
Alfredo Pereira Nascimento	Dr. Arnoldo Rodrigues Andrade	01.01.1997	13.03.2001	11	11
Alfredo Pereira do Nascimento (PL) (renunciou)	Dr. Francisco Helder Cavalcante Sousa	14.03.2001	29.03.2004	11	11
	Dr. Renato Pereira Gonçalves	31.03.2004	06.10.2004		
Luiz Alberto Carijó de Gosztanyi (PDT)	Dr. Homero, de Miranda Leão Neto	07.10.2004	31.12.2004	12	12
Serafim Fernandes Corrêa (PSB)	Dr. Manoel Jesus Pinheiro Coelho	01.01.2005	30.03.2006		
		31.03.2006	30.03.2007	12	12

Quadro nº. 12– Histórico das Gestões do CMS/MAO de 1991 -2006.

Fonte: Adaptação feita pela autora, a partir da 2ª edição da Cartilha: Memorial do Conselho Municipal de Saúde Manaus, 2006.

Com relação ao quadro ora exposto é de suma importância pontuar que até o ano de 2006 o Conselho dispunha de estruturação paritária entre as instâncias representativas, que por ora se subdividiam apenas em duas, a saber: a) Prestadores de serviços, aparelho formador e trabalhadores do SUS e b) Usuários.

Outro ponto relevante é que em alguns intervalos de tempo, registrou-se a ausência de ocupação e representatividade de alguns segmentos sociais, como por exemplo, dos trabalhadores urbanos, que deixaram de nomear representantes na gestão de 1991 a 1993, fato

parecido a este, ocorre um pouco mais tarde, com os representantes dos usuários, no segmento do sindicato patronal, com assento em vacância na gestão 2004 a 2006, e ainda, a ausência de representatividade de suplentes entre os representantes das zonas oeste e leste.

Registra-se que em 2007, o regimento interno passa por uma nova alteração, tendo como base a *Lei Municipal de nº 1.094 de 09/01/2007*, publicada no Diário Oficial do Município no dia 10/01/2007 e a Resolução nº 333 de 04/11/2003 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que deram base à composição e paridade recomendada pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da implantação dos Conselhos Locais e Conselhos Distritais de Saúde.

Sendo garantido a partir de então ao Conselho, enquanto mecanismos de controle social, a eleição do presidente pelos pares, o percentual mínimo de 0,5% (meio por cento) sobre o orçamento municipal destinado à saúde - referente ao Tesouro Municipal, a sua constituição de paritária, com 32 (trinta e dois) membros titulares e seus respectivos suplentes.

Desta forma o conselho passa a ser composto, por: a) 25% escolhidos entre representantes do governo, entidades prestadoras de serviços de saúde e aparelho formador; b) 25% (vinte e cinco por cento) escolhidos entre representantes de trabalhadores de saúde e; 50% (cinquenta por cento) de representantes de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme demonstra quadro de nº 13.

A) 08 (oito) escolhidos entre representantes do governo, entidades prestadoras de serviços de saúde e aparelho formador.
a) 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde (titular e suplente); b) 01 (um) representante da SEMED e representante da SEMMA; c) 01 (um) representante da SEMOSBH e SEMULSP; d) 01 (um) representante da SUSAM e Fundação de Vigilância à Saúde; e) 01 (um) representante do Ministério da Saúde titular e suplente; f) 01 (um) representante da Universidade Estadual do Amazonas – UEA (titular e suplente); g) 01 (um) representante da Universidade Federal do Amazonas – UFAM (titular e suplente); h) 01 (um) representante dos Prestadores Privados de Serviços de Saúde (titular e suplente).
B) 08 (oito) escolhidos entre entidades representantes de trabalhadores de saúde.
a) 01 (um) representante de Entidade Geral de Trabalhadores da Saúde – SINDSAÚDE (titular e suplente); b) 01 (um) representante de entidade de trabalhador de Medicina (titular e suplente); c) 01 (um) representante de entidade de trabalhador de Enfermagem (titular e suplente); d) 01 (um) representante de entidade do Serviço Social e Psicologia (titular e suplente); e) 01 (um) representante de entidade dos Agentes Comunitários de Saúde (titular e suplente); f) 01 (um) representante do Sindicato dos Trabalhadores do Ensino Superior – SINTESAM (titular e suplente); g) 01 (um) representante de entidade da odontologia (titular e suplente); h) 01 (um) representante de entidade de farmacêuticos/bioquímicos (titular e suplente).
C) 16 (dezesseis) representantes de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.
a) 01 (um) representante de Entidades de moradores da Zona Norte (titular e suplente); b) 01 (um) representante de Entidades de moradores da Zona Leste (titular e suplente); c) 01 (um) representante de Entidades de moradores da Zona Sul (titular e suplente); d) 01 (um) representante de Entidades de moradores da Zona Centro-Sul (titular e suplente); e) 01 (um) representante de Entidades de moradores da Zona Oeste (titular e suplente); f) 01 (um) representante de Entidades de moradores da Zona Centro-Oeste; (titular e suplente); g) 01 (um) representante de Entidades da Zona Rural (terrestre e ribeirinha) da área do rio Negro (titular e suplente);

- h) 01 (um) representante de entidades da Zona Rural, terrestre e ribeirinha, da área do rio Amazonas (titular e suplente);
- i) 01 (um) representante das Federações Comunitárias (titular e suplente);
- j) 01 (um) representante de Entidade de Trabalhadores Urbanos (titular e suplente);
- k) 01 (um) representante de Entidade do Trabalhador Rural (titular e suplente);
- l) 01 (um) representante da Pastoral da Saúde e ONG/AIDS (titular e suplente);
- m) 01(um) representante de Movimentos de Mulheres em Saúde (titular e suplente);
- n) 01 (um) representante de Entidades de Povos Indígenas residentes no município de Manaus (titular e suplente);
- o) 01 (um) representante de Entidades de Pessoas com Deficiências (titular e suplente);
- p) 01 (um) representante de Entidades de pessoas com Patologias Crônicas e Degenerativas (titular e suplente).

Quadro nº. 13 – Estrutura da representação CMS/MAO.

Fonte: Adaptação de <http://semsa.manaus.am.gov.br/conselho-municipal-de-saude>

No que diz respeito ao perfil dos conselheiros, dos 63 conselheiros (sendo 32 titulares e 31 suplentes) empossados para o triênio 2011/0214, conforme decreto de nº. 1.454, tem -se a seguinte representação

Homens	Nº	Mulheres	Nº
Titulares	18	Titulares	15
Suplentes	19	Suplentes	11
Total	37	Total	26

Quadro nº. 14 – Representação por Gênero.

Fonte: Elaborado pela autora

Desse universo ora apresentado, pontua-se que dos 09 (nove) sujeitos entrevistados durante a pesquisa, 5 (cinco) são do sexo masculino, e, 4 (quatro) do sexo feminino, demonstrando uma participação efetiva tanto de homens, quanto mulheres no interior do conselho, contudo, cumpre pontuar que representação no seguimento usuários ser composta pro outros segmentos sociais.

De acordo com a Resolução de nº. 453 de 10 de Maio de 2012 - CMS/MAO, o conselho deverá assegurar a participação de segmentos e bandeiras, vinculados aos movimentos populares, LBGT, negro, aposentados, pensionistas, entidades ambientalistas, organizações religiosas, associações com deficiência, uma vez que pensar a saúde, o controle e participação, requer uma visão transversal e totalizante dos sujeitos que dela usufruem, independentemente de status, classe, orientação sexual e/ou etnia e outros.

Nesse tocante, ressalta-se que a participação desses segmentos vem se organizando por intermédio dos Fóruns, haja vista que de acordo com resolução em vigor, a paridade é obrigatória, sob o risco de perda de recursos. Observa-se, pois, nesse movimento, o cumprimento da instancia nacional à regional, sobretudo, em função da pressão dos instrumentos legais, em a importância de assento as minorias sociais.

Sob essa ótica, a busca pela especificidade das noções de composição plural e paritária, pressupõe a necessidade e, concomitantemente, a abertura de um movimento crescente do processo dialógico entre os sujeitos em torno do conselho, assim como também, da extrema relevância de validar no âmbito da gestão, a aplicabilidade das instâncias deliberativas, de modo a consolidar passos mais precisos no direcionamento de reformas democráticas seja no âmbito do Estado, sobretudo, do governo local.

No que se refere as responsabilidades, cabe ao Conselho Municipal de Saúde de Manaus (CMS/MAO) em suas instância:

- ✓ Controlar o dinheiro da saúde;
- ✓ Acompanhar as verbas que chegam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os repasses de programas federais;
- ✓ Participar da elaboração das metas para a saúde;
- ✓ Controlar a execução das ações na saúde;
- ✓ Reunir pelo menos uma vez por mês.

Quadro nº. 15 - Responsabilidades do Conselho Municipal de Saúde Manaus.

Fonte: Adaptado de <http://www.portaldatransparencia.gov.br/controleSocial>

Para alcançar tal feito é importante mencionar a estruturação e planificação das ações de controle e participação social no âmbito da saúde no município de Manaus. Nesse viés, de acordo com artigo 4º do Regimento Interno do CMS/MAO, a organização do controle social deve ser estruturado por:

I. Conselho Municipal de Saúde

a) Sociais

- 1) Composto pela Assembleia Geral.
- 2) Diretoria executiva (composta por Presidente, Vice-Presidente, 1º Secretário e 2º Secretário).
- 3) Comissões Técnicas.

b) Técnicos

- 1) Secretária Técnica Administrativa.
- 2) Assessoria Jurídica.
- 3) Assessoria Contábil.
- 4) Assessoria de Comunicação Social.

II. Conselhos Distritais

a) Sociais

- 1) Assembleia Geral.
- 2) Diretoria executiva (composta por Presidente, Vice-Presidente, 1º Secretário e 2º Secretário).

b) Técnicos

- 1) Secretária Técnica Administrativa.
- 2) Ouvidoria.

III. Conselhos Locais

a) Sociais

- 1) Assembleia Geral.
- 2) Diretoria executiva (composta por Presidente, Vice-Presidente, 1º Secretário e 2º Secretário).

b) Técnicos

- 1) Secretária Técnica Administrativa.
- 2) Ouvidoria.

Nesse universo, é importante salientar que a Assembleia Geral em si é um fórum de deliberação máxima do Conselho Municipal de Saúde, que procede com base nas sinalizações do regimento interno.

No que tange as realização das reuniões, o Conselho Municipal de Saúde, o colegiado realiza encontros de forma ordinários, doze (12) vezes por ano, ou seja, uma vez por mês, em casos excepcionais, para decisões e demandas urgentes, há convocações extraordinárias, quando requeridas pelo Presidente do CMS ou por determinação do colegiado.

A Diretoria Executiva, por sua vez, é o órgão de coordenação do CMS/MAO, cujo o papel é garantir a execução das deliberações emanadas da assembleia geral, cuja composição se dá por intermédio de processo eleitoral entre os pares, sendo efetivada por intermédio de resolução.

As comissões técnicas, de acordo com Artigo de nº. 21 - Regime Interno CMS/MAO, configuram-se como instâncias de natureza técnica, permanentes ou especiais, que tem como finalidade articular e acompanhar as políticas e programas de interesse para a saúde, as quais devem ser constituídas de, no mínimo, quatro membros.

Nesse aspecto, pontua-se que CMS/MAO possui instituídas 12 comissões, conforme demonstra quadro de nº 16.

- I - Comissão de Fiscalização de Ações e Serviços de Saúde;
- II - Comissão de Planejamento, Orçamento e Finanças;
- III - Comissão de Constituição, Justiça e Ética;
- IV - Comissão de Educação Permanente para o Controle Social;
- V - Comissão de Ciência e Tecnologia; *
- VI - Comissão de Comunicação e Informação em Saúde, Divulgação e Articulação;
- VII - Comissão de Gestão do Trabalho em Saúde;
- VIII - Comissão de Saúde do Trabalhador;
- IX - Comissão de Assistência e Vigilância Farmacêutica;
- X - Comissão de Segurança Alimentar e Nutrição; *
- XI - Comissão de Intersetorialidade e Integralidade em Saúde; *
- XII - Comissão de Assessoramento aos Conselhos Locais e Distritais de Saúde.

Quadro de nº 16 – Comissões CMS/MAO

Fonte: Adaptação de <http://semsa.manaus.am.gov.br/conselho-municipal-de-saude>

Conforme artigo 21, inciso de nº 3 do regimento interno do CMS/MAO, essas comissões são responsáveis por;

Elaborar calendário anual de reuniões ordinárias; atas das reuniões realizadas; plano de trabalho; relatório anual; analisar e elaborar pareceres e fazer visitas em órgãos e/ou estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS), com o objetivo de fiscalizar dentro de sua área de competência.

Com ressalvas, os artigos 22 e 23, respectivamente, destacam que as comissões permanentes devem ser constituídas, por no mínimo, 04 (quatro) conselheiros que compõe o respectivo CMS, eleitos em Assembleia Geral, por maioria simples e que cada conselheiro, titular e suplente deverá no mínimo participar de uma Comissão Permanente.²⁹

A Secretaria Técnica Administrativa (SETEC), é um órgão técnico de assessoramento que deve prestar apoio técnico e administrativo aos demais órgãos do CMS garantindo a sua funcionalidade, está também entre as atribuições da SETEC, o encaminhamento das demandas após deliberação do Pleno e/ou da Diretoria Executiva do CMS.

No que tange a infraestrutura existente para funcionamento, cumpre destacar que o CMS/MAO não possui sede própria, ocupando instalações cedidas pelo governo municipal, possui dotação orçamentária, secretária executiva estruturada, transporte para o conselho de saúde, computadores (9), impressora, máquina fotográfica, filmadora, televisão, data show, tela

²⁹ Maiores detalhes vide Seção V, Das comissões Técnicas, Regime Interno CMS/MAO, disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/conselho-municipal-de-saude>

de projeção e acesso à internet banda larga, o que tende a auxiliar, mesmo que de forma deficiente, a execução das atividades próprias do conselho.

A infraestrutura ora apresentada de forma resumida, em linhas gerais, visa assegurar de fato, a execução, o fortalecimento, a ampliação e aperfeiçoamento do Controle no município de Manaus, uma vez que a efetiva participação da sociedade civil organizada, e historicamente falando, representa um lugar estratégico de qualificação e empoderamento dos cidadãos para o controle social na esfera de ação do Estado.

Outro fator que merece destaque, relaciona-se aos Conselhos Distritais, embora se fale muito nesta questão, o CMS/MAO ainda não implantou esse mecanismo de controle social no interior dos Distritos de Saúde – DISA. Em relação aos conselhos locais, o município aprovou em 30 de outubro de 2008 o Regimento Interno dos Conselhos Locais, que registrou entre os anos 2008 e 2009, a implantação de 47 conselhos.

No ano de 2014 há um aumento deste número, com o registro de implantação oficialmente publicados de 57 *Conselhos Locais (CLS)*, no entanto, conforme verificado em levantamento durante a pesquisa documental que apenas 55 estão em pleno funcionamento, totalizando efetivamente existência de 614 conselheiros locais, sendo adotada como estratégia de instalação, o funcionamento dos mesmos nas antigas “casinhas de saúde”, distribuídos nas zonas norte, leste, oeste, sul e rural.

Feito esse destaque, pontua-se que tanto o *Conselhos Distritais*, quanto *Conselhos Locais*, possuem a finalidade em suas bases, na dimensão local, isto é, em sua área de abrangência, fiscalizar, propor, deliberar e contribuir com a gestão de saúde. Nessa perspectiva, ressalta-se que, assim como o CMS/MAO, os CLS possuem normatizações, entre as quais estão:

- Prazo máximo para mandato dos conselheiros de 3 anos;
- Composição paritária - 50% usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores;
- Assembleia geral - que se reúne ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente, quando há convocação; a função não é remunerada por ser considerada de relevância pública para a população.

Diante do exposto, entende-se que Conselho Municipal de Saúde, possui uma estrutura e organização satisfatória, assumindo maior amplitude, por meio dos Conselhos locais, ao passo que fortalecem o exercício do controle social no município de Manaus, haja vista que estão mais próximos dos usuários da política no cotidiano, o que tende a contribuir para uma maior

identificação e qualificação de informações quanto as principais necessidades das populações, principalmente, na avaliação dos serviços prestados e proposição de sugestões para melhor operar a oferta dos serviços de saúde no território.

Acredita-se que conselhos locais contribuem para o processo de empoderamento dos sujeitos de direitos que usufruem da política de saúde no município de Manaus, haja vista que, estes precisam ser alcançados por tecnologias de educação política, ou seja, educação para cidadania e saúde, em uma perspectiva de educação social, voltadas a empoderamento da consciência cívica e politização do usuário dos serviços de saúde.

Acredita-se que somente através desse movimento, é possível consolidar uma gestão mais próxima do usuário, de modo que se possa concretizar de fato e de direito, ações compartilhadas e solidárias, qualificando a oferta dos serviços, sobretudo, no âmbito da atenção básica, a fim de subsidiar a administração de processos, recursos e pessoas, mas que isso, transformar vidas, fazer chegar ao usuário os serviços necessários manutenção de saúde, e ao mesmo tempo oportunizar a mobilização e aproximação do exercício da cidadania de forma plena (NOGUEIRA, 2005). Fator este que será contemplado no sub-tópico a seguir.

3.1 CONFERÊNCIAS DE SAÚDE: “O ANTES E O DEPOIS DO CONTROLE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL, APÓS A CRIAÇÃO DA SEMANA DO CONTROLE SOCIAL DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MANAUS”

Como já fora dito, o controle social tem suas origens na Constituição Federal de 1988, que garante o direito a efetivação da participação popular no âmbito da gestão das políticas públicas, especificamente falando, as ações no que tange a fiscalização e descentralização das ações no âmbito da gestão e gerenciamento da política de saúde no território nacional e local.

Sabe-se também que, as conferências, assim como os conselhos, no âmbito da saúde, são frutos da conquista social, decorrentes do amplo debate e luta da sociedade civil travada durante processo de redemocratização do país, na busca da descentralização das ações no âmbito da saúde e, principalmente, da afirmação da participação e contribuição popular no âmbito da gestão da coisa pública.

De lá para cá, vários segmentos organizados da sociedade civil, empreendem um movimento constante de negação de ações fundadas historicamente em perspectivas conservadoras e autoritárias, com vistas a superação de ações excludentes, e, em seu contraponto, enfatizar a afirmação do processo de democratização do Estado.

Assim sendo, parafraseando as palavras de Nogueira (2005), na contemporaneidade, um Estado para a sociedade civil, ou seja, voltado para as questões democrática implica, primeiramente, superar conotação da gestão participativa inscrita no plano retórico, no contraponto, de transformá-la de anseio para uma proposta efetiva, o que pressupõe, mudanças estruturais no âmbito da gestão, e aqui especificamente, da perspectiva compartilhada e solidária do SUS proposta na Política Nacional de Saúde, reiterada no Pacto e, por conseguinte, no COAP.

Para tanto, faz-se necessário compreender que determinados requisitos, não estão prontos, e por assim ser, estes precisam ser construídos com base em uma população com forte cultura ético-política e consciência política, no desenvolvimento das capacidades dos sujeitos que nela operam, de compreender que, participação popular e/ou cidadã é muito mais que eleger representantes e autorizar governantes.

Segundo Moroni (2009 apud Menezes, 2013), o desafio consiste em superar os “mitos” impostos a participação da sociedade civil, que dificultam e travam o processo de emancipação política e humana dos sujeitos que vivenciam o controle social em seu cotidiano; de negar que a participação por si só pode mudar a realidade; de que a sociedade não está preparada para participar como protagonista das políticas públicas; de que a sociedade não pode compartilhar da construção das condições políticas para tomar e implementar decisões; de que a sociedade vista como elemento que dificulta a tomada de decisões, tendo a ciência de que, essa cultura política por mais arcaica que seja, ainda se faz presente na mentalidades dos grupos de pressão.

Mediante a este contexto, fazer controle social no âmbito da saúde é sempre um desafio, agregar pessoas, ideias, segmentos, alcançar suas respectivas necessidades, requer de todos que compõem e usufruem o SUS, um embate constante de interesses e, por fim, a conciliação deles.

As conferências apresentam-se como um privilegiado para construção de saber e conhecimento no que tange a cultura política no âmbito do controle social, pois constituem-se como fórum máximo para discutir, avaliar e propor diretrizes para a formulação específica da política de saúde para quatro (4) anos/planos de saúde, tanto no território nacional e local.

Nesse sentido, possibilitam a construção de propostas forma coletiva, incorporadas em relatórios finais, e por fim, encaminhadas a esfera municipal, estadual até chegar a nacional, numa disputa política e democrática, entre os delegados eleitos, conforme a paridade das instâncias representativas, isto é, gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

No município de Manaus, de 1991 a 2014, realizou-se seis (6) conferências municipais de saúde. No período de 1991 até 2005, a conferências foram executadas de forma centralizada,

somente a partir de 2006, há uma espécie de descentralização das ações, através da institucionalização do evento permanente do CMS, ora denominado, *Semana do Controle Social de Saúde*, que acontece anualmente na semana que compreende o dia 11 de junho, data em que se deu criação do conselho.

A criação da semana teve por finalidade orientar a população sobre a importância da participação popular e/ou cidadã; comemorar o aniversário do conselho; divulgar as atividades desenvolvidas pelo CMS/MAO; e ainda, no momento hábil, a realização da preparatória, isto é, as pré - conferências de saúde do município nos distritos de saúde, o que permite, uma maior aproximação do CMS da população, a construção de espaço de produção e troca de conhecimento, aprendizado e outros.

Há que se mencionar que após a participação de conselheiros de outros Estados na 6ª Semana no município de Manaus realizada em 2011, a semana em si, tornou-se referência em nível nacional, sendo aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde, a proposta da criação desse evento na demais localidades do país.

A partir de então a semana detém um papel muito importante na agenda do controle social, principalmente, no que tange a preparação das futuras conferências municipais no território nacional, em especial, no município de Manaus, pois através da mesma é possível estabelecer um encontro entre os sujeitos; um espaço a mais de discussão e diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS, que incide pois, um movimento crescente de interação entre os sujeitos, capaz de impulsionar ações estratégicas, sobretudo, da participação popular e/ou cidadã.

A partir desses indicativos, o Conselho Municipal de Saúde, realizou no município de Manaus, em julho de 2011, a VI Conferência Municipal de Saúde, cuja o tema foi: *Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro*”, que teve como objetivo avaliar a situação da saúde em Manaus, definir diretrizes para garantir que a população tenha acesso à saúde como um direito fundamental e fortalecer participação social no SUS³⁰, que por ora, compôs a etapa municipal da 14ª Conferência Nacional de Saúde, as quais apresentam-se como elemento norteador do Plano Nacionais, Estaduais e Municipais.

Nesse sentido, o Plano Nacional de Saúde (PNS), de 2012 a 2015, tem por objetivo aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde/SUS, para que a população tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições

³⁰<http://semsa.manaus.am.gov.br/cms-e-prefeitura-preparam-%E2%80%9Cvi-conferencia-municipal-de-saude%E2%80%9D/>

de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida, através da orientação de 14 diretrizes a saber:

- *Diretriz 1* – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.
- *Diretriz 2* – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.
- *Diretriz 3* – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.
- *Diretriz 4* – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.
- *Diretriz 5* – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.
- *Diretriz 6* – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.
- *Diretriz 7* – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde. *Diretriz 8* – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
- *Diretriz 9* – Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde.

- *Diretriz 10* – Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde.
- *Diretriz 11* – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.
- *Diretriz 12* – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.
- *Diretriz 13* – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
- *Diretriz 14* – Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira. Incorpora-se 2 diretrizes transversais que fazem interface com este Plano Nacional de Saúde: a). Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento e b) Contribuir para erradicar a extrema pobreza no País.

Com base nesse contexto foi construído o Plano Municipal de Saúde que norteou a Política Municipal de Saúde de Manaus no quadriênio (2014-2017), em consonância com o Plano Plurianual (PPA) e o Plano Estadual de Saúde do Amazonas (2012-2015).

Tal feito teve como base de organização, a Oficina de Planejamento estratégico realizada no ano de 2013, que possibilitou a elaboração do Mapa Estratégico e do Painel de Bordo foram de fundamental importância na gestão, principalmente, no que tange as ações a serem desenvolvidas na política de saúde no município (Plano Municipal de Saúde, 2014-2017).

Partindo desse pressuposto, o próximo sub-tópico analisará a relação do Plano Municipal de Saúde com Programação Anual de Saúde do referido triênio, isto é, as ações programadas e executadas, sobretudo, de 2013 a 2014, que integrou em sua estrutura: i)

definições das ações, que no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; ii) estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas; iii) definição dos responsáveis; e iv) definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da programação.

3.2 O LUGAR E O PAPEL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NO ÂMBITO DA GESTÃO PARTILHADA, COMPARTILHADA E SOLIDÁRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MANAUS.

Desde ano de 2013 é importante mencionar que a Secretária Municipal de Saúde vem utilizando o conceito de Mapa Estratégico, como estratégia de gestão e planificação de ações da política de saúde no município de Manaus. Nesse sentido, o Plano Municipal de Manaus, correspondente ao quadriênio 2014-2017, define Mapa de Saúde como,

[...] uma ferramenta que será utilizada para apontar, geograficamente, a distribuição de recursos humanos e das ações e serviços ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema, contribuindo para orientar o planejamento integrado dos entes federativos.

Para uma melhor visão do Mapa, segue abaixo o organograma que explicita a missão, visão, valores, responsabilidades e fluxos das instâncias nesse processo:

Gerir o Sistema Municipal de Saúde, observando os princípios e diretrizes do SUS, desenvolvendo com qualidade e efetividade ações de vigilância e atenção à saúde da população do município de Manaus.

•MISSÃO

Tornar-se instituição de excelência na vigilância e atenção à saúde, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida da população até o ano de 2023.

•VISÃO

Ética, Compromisso, Inovação, Transparência e Humanização.

•VALORES

S
O
C
I
E
D
A
D
E

Reduzir a Morbimortalidade Materno Infantil.

Reduzir a morbimortalidade por câncer de colo de útero e mama

Reduzir a Mortalidade por Causas Externas

Reduzir a Morbimortalidade por Doenças Cardiovasculares e Diabetes

Reduzir a Morbimortalidade por Doenças Endêmicas.

P
R
O
C
E
S
S
O

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Mulher e da Criança

Urgência e Emergência

Doenças Endêmicas

Condições Crônicas

Fortalecer a Atenção Primária como ordenadora e coordenadora do cuidado na **Rede Saúde Manauara.**

G
E
S
T
Ã
O

Fortalecer o processo de valorização do servidor, reordenar e ampliar o quadro de pessoal.

Garantir infraestrutura física e logística necessária.

Organizar o processo de Educação Permanente e promover desenvolvimento gerencial.

Gerenciar processos de trabalhos e procedimentos pactuando metas e avaliando resultados.

Implantar sistema de informação, incluindo prontuário eletrônico único na rede.

Implantar, qualificar e monitorar protocolos clínicos.

Garantir autonomia aos Distritos de Saúde, com a descentralização da estrutura administrativa e reordenamento da estrutura organizacional.

Fortalecer o exercício do Controle Social.

Realizar plano de comunicação eficiente (interna e

Desenvolver com órgãos afins o Fortalecimento

Definir os custos a partir da elaboração das ações.

Publicizar as informações referentes ao orçamento e aplicação dos recursos.

Ampliar a captação de recursos.

Garantir orçamento para viabilizar as ações programadas.

Monitorar e avaliar a execução dos recursos orçamentários.

F
I
N
A
N
C
E
I
R
A

A atuação se consolida por meio do Programa Rede de Saúde Manauara cuja implementação surge da necessidade de remodelar o sistema municipal de saúde por meio de

novas abordagens conceituais e práticas, de acordo com a gestão, o programa visa congregar transformações profundas no processo de trabalho a fim de qualificar a rede de saúde capaz de construir amplas atribuições e fluxos de cada ponto de atenção construídas de forma ascendente e participativa.

Assim, o programa volta-se a consolidação do modelo prioritário, isto é, a atenção primária de saúde como coordenadora e ordenadora do cuidado, e a estratégia de saúde da família, tendo com base a organizações de equipes multidisciplinar, o que pressupõe o envolvimento da Secretária de Estado da Saúde, universidades, sociedades científicas, conselhos de classe e controle social.

Nesse sentido, para o ano de 2014, a Rede Saúde Manauara, estabeleceu como metas:

- Construir 15 UBS, 15 Academias da Saúde, 2 Unidades de Acolhimento 2 CAPS e 1 CEO;
- Reformar 23 UBS;
- Ampliar de 18 UBS na área rural e 10 UBS na área urbana;
- Entregar 2 UBS Fluvial, 9 bases do SAMU e 1 Laboratório de Citopatologia;
- Implantar mais 7 NASFs.

O que na ordem prática representaria a seguinte cobertura populacional:

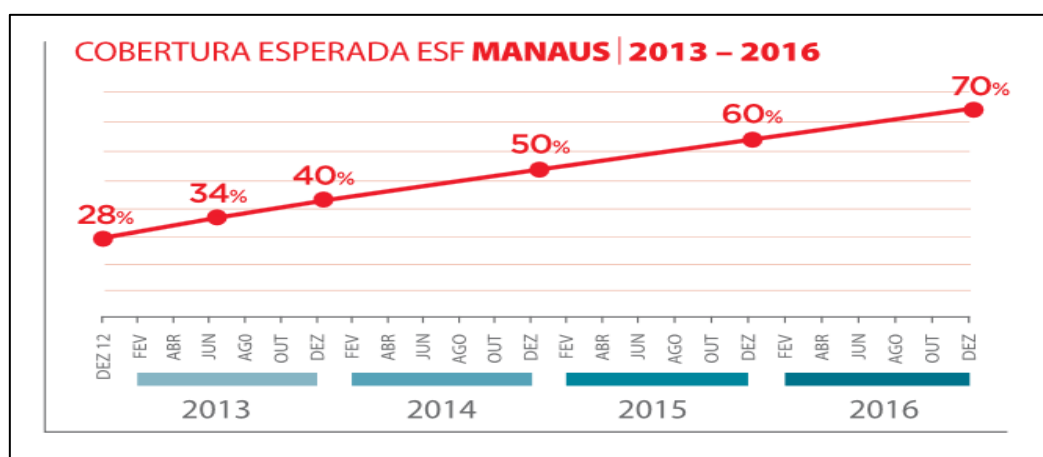


Figura nº 02 - Cobertura Esperada ESF Manaus.

Fonte: Rede Saúde Manauara. Disponível em: semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2014/02/cartilha_semsa_final_web_baixa.pdf

A proposta do programa, aponta para ampliação e, por conseguinte, qualificação da oferta dos serviços de saúde, todavia, em 2013 não houve registro de avanços com base nas metas propostas, uma vez que estas, ficaram apenas no plano das ideias (figuras de nº 03 e 04),

o que põe em voga a disparidade entre as metas programadas e as alcançadas pelas últimas gestões e seus respectivos governos.

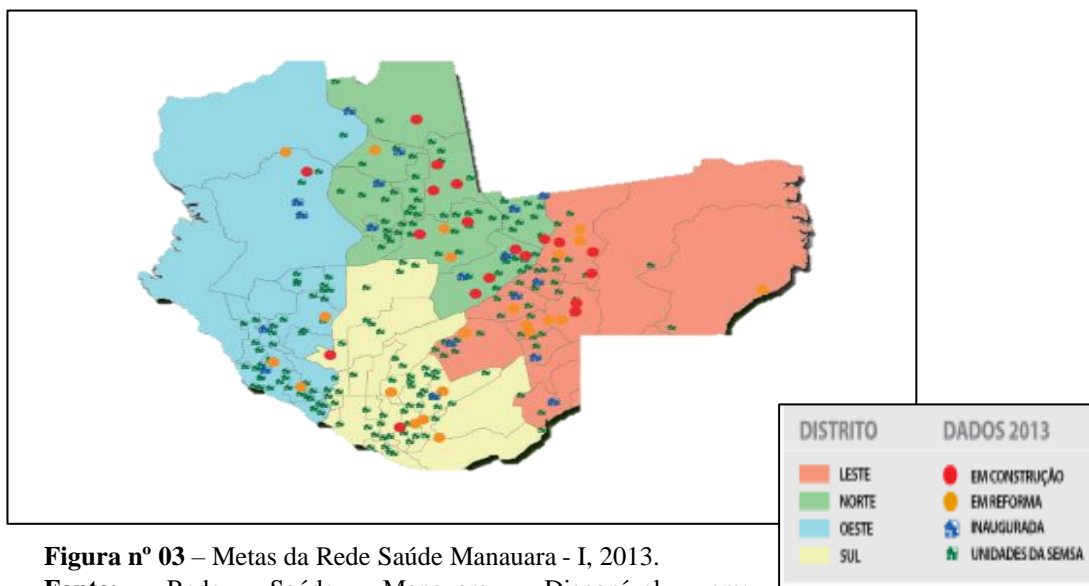


Figura nº 03 – Metas da Rede Saúde Manauara - I, 2013.

Fonte: Rede Saúde Manauara. Disponível em: semsa.manaus.am.gov.br/wpcontent/uploads/2014/02/cartilha_semsa_final_web_baixa.pdf

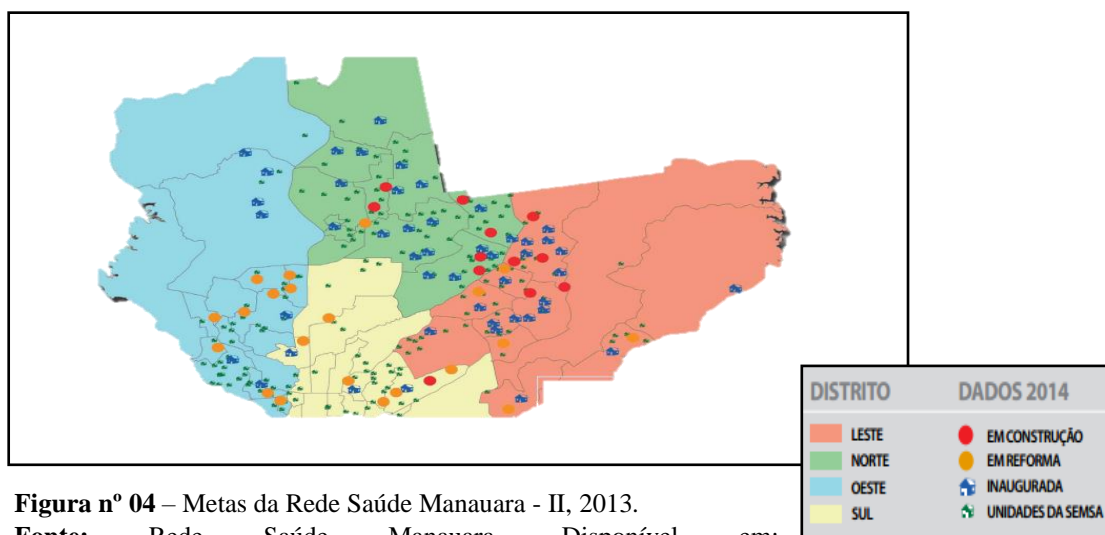


Figura nº 04 – Metas da Rede Saúde Manauara - II, 2013.

Fonte: Rede Saúde Manauara. Disponível em: semsa.manaus.am.gov.br/wpcontent/uploads/2014/02/cartilha_semsa_final_web_baixa.pdf

O que se confirma na prática ante a leitura dos relatórios e análise entrevistas realizadas com os conselheiros, isto é, com os sujeitos da pesquisa. Observa-se, portanto, um cenário altamente contraditório, uma vez que persistem as dificuldades da gestão e gerência das ações

em saúde, sobretudo no que tange a cobertura das unidades básicas de saúde no atendimento à população.

Assim sendo, nas palavras do representante/conselheiro, segmento dos trabalhadores - (R. T. S. 1), a Rede de Saúde Manauara foi apenas,

[...] uma grande ação da Secretaria Municipal de Saúde 2013 e 2014. Foi uma falácia, foi um engodo, um “troço chamado Saúde Manauara”, se pagou uma fábula pra um consultor meia boca, [...] que veio aqui falar um monte coisa que os técnicos aqui da Semsa já conhecem e já fazem [...] **“ vamos fazer curso disso pra que a assistência fique melhor, aí vem um consultor com a equipe dele treinar todo mundo...mais do mesmo”, se gastou uma fábula com esse sujeito e não fizeram nada, continua na mesma droga** [...] ah faça - me o favor, não houve anda, não aconteceu nada, não há nenhuma mudança no processo de trabalho, o que há é muita burocracia e "nhenhém" e papel [...] (R. T. S. 1)

Contudo, há que se pontuar que a Cidade de Manaus, é o “coração” da Região Metropolitana de Manaus, e tão somente do Estado do Amazonas, é por assim ser, a cidade de Manaus recebe uma demanda muito grande que se modifica paulatinamente em função da constante procura por serviços de saúde, o que a torna “atípica ao planejamento” e/ou mais difícil de planejar.

A gestão partilhada, compartilhada e solidária do SUS ainda é um desafio posto para nossa região. O desafio do próprio SUS de regionalizar-se. Assim sendo, no município de Manaus, para o representante/conselheiro, segmento do governo - (R. G .1), o pacto é algo muito bem pensado em nível nacional, no entanto, o mesmo é taxativo ao afirmar que este é *“um trabalho muito difícil”*;

Manaus para fazer o plano municipal de saúde dele, ele precisa conhecer o de todos os municípios da região, não é um trabalho fácil é um trabalho muito difícil. Porque, para ela se planejar, fazer um planejamento em cima daquilo, quantas pessoas estão vindo “de lá” para fazer uma mamografia, um cateterismo, um procedimento mais complexo...é mais ou menos isso. ***E assim, isso envolve também recursos, porque, porque não adianta o ministério repassar o recurso “lá para Itacoatiara” se todos os serviços são utilizados aqui. Isso é compartilhado via CIB e via CIT par homologar todas as decisões e ver o que está havendo e o que não está*** [...]

[...] ***até por conta da questão da infraestrutura de cada município, Manaus em função da experiência que já tem em planos e organização de programação caminha de uma forma, e os outros municípios já tem uma outra questão de infraestrutura.*** Dentro dessa realidade Manaus teria que se reunir com todos os Municípios da região para poder pactuar, fazer todo o planejamento de todo o perfil epidemiológico. E isso é um trabalho muito grande em nível de secretaria, de planejamento [...]

[...] ***E é muito complicado essa questão da gestão partilhada, porque, ninguém quer abrir mão de recursos, a infraestrutura não acompanha a evolução do todo...além de todas essas dificuldades que a gente tem ainda tem a nossa questão geográfica,***

Manaus não é Belo Horizonte, São Paulo que dentro de 20, 30 minutos você está em outro município, outro estado. Aqui, para ir daqui para o interior leva 5, 6 dias de barco...complicadíssimo.

Todavia, para o representante/conselheiro, segmento usuários (R. U. S. 2), apesar das dificuldades da gestão no que se refere ao alcance do que fora planejado, das questões em saúde, da dimensão populacional, bem como extensão territorial, o CMS/MAO tem contribuído e muito para uma melhor execução, bem como o acesso do usuário a saúde no município de Manaus,

[...]o conselho com certeza, dá uma contribuição muito grande para a questão da saúde, primeiros nós como órgão deliberativo, deliberamos muita coisa de importância, que vem muito melhorar a saúde. Na questão da fiscalização, nós levantamos uma série de coisas todos os anos, por que nós temos a comissão de fiscalização e nós como zonais, além de termos as comissões de cada segmento, como a de ética, como a de fiscalização, como de orçamento e finanças, e de comunicação em saúde, nós ainda temos ainda essa questão, nós deliberamos, nós procuramos, levantamos a fiscalização como viemos fazendo, e todas essas fiscalizações que nós fazemos, nós elaboramos um relatório, e esse relatório é direcionado a autoridade competente resolver, agora só tem uma coisa, uma situação que muitas vezes é... *nós como...nós somos deliberativo, mas não executamos, certo...então muitas vezes, nós encaminhamos a autoridade competente e muitas vezes não temos a resposta,* muitas vezes não temos a resolutividade da questão, e isso muitas vezes deixa a gente um pouco chateado, mas o conselho em meu ponto de vista, ele é um parceiro da gestão que ajuda e muito, por que nós trabalhamos essas comissões, como eu falei, e essas comissões que trabalham e levam a saúde adiante [...] (R.U.S. 2)

Observa-se que o CMS/MAO, ora personificado através da representação dos segmentos governo, trabalhadores e usuários do SUS, em sua capacidade de articulação e movimento, vem atuando de forma propositiva em favor controle e participação social no âmbito da gestão da política de saúde no município, de acordo com a representante/conselheira, segmento do trabalhador (R.T.S.2),

[..] o conselho municipal ele tem muito mais coerência, ele tem muito mais ação, participação e trabalha junto com a sociedade e nós como conselheiros, a gente tem uma participação muito ativa nessa visão de controle social, porque, isso nós fazemos...defendendo o nosso SUS, que é o nosso patrimônio, isso aí faz com que hoje as pessoas tenham uma visão mais aberta do que é controle social, do que é saúde, conscientização ações que são feita em relação a todos os programas de saúde das unidades de saúde base [...] essa conscientização, essa participação, compartilhamento o conselheiro procura fazer de alguma forma. Os conselheiros e a própria sociedade que a gente traz conosco, toda aquela comunidade, por exemplo, área rural para fazer esse trabalho, controlar doenças infecciosas onde tem um pico, por exemplo, de dengue, controle da dengue, isso aí é muito claro. *Agora há descontrole porque os programas são falhos, não há funcionalidade direcionada como ele vem para ser tratado, existe essas falhas sim. É uma questão de gestão.* As mudanças são muito prejudiciais, se aquela mudança governamental tivesse uma sequência...mas ela tem rupturas ... no momento que muda prefeito, governador há uma ruptura no processo, não há uma continuidade por que aquele processo, acredito que as pessoas ainda tem

muito orgulho próprio, de passar aquele processo, que é uma continuação para outro...*os programas são quebrados, as verbas também são deficientes, porque no momento que quebra o processo não há resultados desse trabalho, aí começa um novo programa...aí surge novas metas que começam onde deveria ter uma sequência.* Está avançando então vamos levar adiante, não, há uma ruptura...na troca de tudo em geral município e estado (R. T. S. 2).

Sobre os problemas oriundos da quebra na execução das metas seja dos Plano Municipal, bem como Programações Anuais de Saúde, o representante/conselheiro (R. T. S. 1), na entrevista de nº 01, faz uma retrospectiva das últimas gestões, sinalizando que apesar de estar há quase 8 (oito anos) atuando no controle social, não observa alterações expressivas no gestão da política de saúde e atuação do conselho,

[...]Vamos fazer uma retrospectiva bem suscita. Durante a gestão do prefeito Serafim Correia, o secretário foi o Dr. Jesus Pinheiro, um dos caras mais democratas com quem eu já tive oportunidade de trabalhar, um dos gestores a onde você realmente podia falar o que você sente, observa desse processo de gestão no universo do controle social. Não vou dizer para você que a gestão era compartilhada, mas a gente enquanto conselho tinha uma facilidade maior de intervir no processo de gestão da saúde pública de Manaus. Viramos a gestão do Serafim Correia, começou a gestão Amazonino Mendes, o Secretário Municipal de Saúde era o Dr. Fransciso Leonardo Guimarães um dos homens mais técnicos e objetivos que eu já tive oportunidade de conhecer, porém, não era muito fácil lhe dar com ele nesse processo de intervenção do controle social na política municipal de saúde, no quesito específico da gestão e do planejamento orçamentário, trabalhava-se de um modo muito "pá pou"... *“está aqui o PPA (bum), está aqui a programação de saúde vamos discutir?...nós achamos que 12 CAPS é demais, a gestão não vai ter condições... o gestou sou eu, eu é que sei...o quanto a gestão tem de recursos e o que ela pode ou não pode investir, a capacidade de gestão é minha eu é que decido...não vai mudar nunca...”* Então, na gestão do Dr. Deodato, aconteceram uma série de coisas que perpassavam por um certo totalitarismo, não especificamente dele, mas de gestores de escalões inferiores com a anuência dele, e aí agente começa a gestão Artur Neto, com o Secretario Evandro Melo, desagradável, uma modalidade de tratamento, uma relação com o controle social assim bem esquisita, era o cara que você fazia suas ponderações e ele ria de você, é um cara que , de um auto nível de deboche e de uma capacidade de vilania muito grande. Então era uma relação difícil com controle social. [...] aí e a gente viu assim uma “luzinha” porque a gente sentiu uma melhora no processo de conversação, na gestão do Dr. Homero melhorou a conversa, mas assim no aspecto administrativo a melhora foi bem pequena, houveram alguns retrocessos, por exemplo, esses relatórios de 2014 estão chegando agora em abril de 2015, e a gente pode dizer que melhorou mesmo foi isso, o grau de conversação, porque o gestor atual da secretaria municipal de Saúde ele é mais pro dialogo, mais para conversa, ele é mais para ouvir, ele é mais para discutir então a conversa melhorou, mais foi só [...] (R. T. S. 1)

Essa situação expressa, corrobora e reafirma a fala da Representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS), durante a participação da mesa de encerramento da 8ª Pré-conferência Municipal de Saúde de Manaus, ocorrida em junho de 2013, ao mencionar que,

cabe ao conselho ser parceiro, construir junto com a gestão, mas que isso, cabe também, o desafio de lutar e defender a sua autonomia, inclusive de dizer quando a gestão está errada³¹.

Nesse sentido, durante a realização das entrevistas, é possível identificar nas falas dos sujeitos entrevistados, o reconhecimento do que se tem feito em termos de controle social, mas também a ressalva quanto à necessidade de uma posição mais enfática da atuação do controle social para com a gestão, de conciliar a demanda/oferta, metas programadas e alcançadas, através de ações mais democráticas,

Eu acho que o conselho ele poderia cobrar mais. O que que a gente faz e que a gente tem feito ao longo, pelo menos na minha época de coordenação, a gente aprova o relatório com todas as ressalvas, meta tal a meta tal porque que não foi implementado, chama a secretaria técnica responsável por aquele setor para dar explicação porque que não foi. Hoje em dia os relatórios de gestão vão para câmara, para os órgãos de controles internos e externo e, futuramente, a gente pode responder por aquilo que a gente está aprovando... não é só olhar, fechar o olho [...] (R. G. 1)

[...] a gente analisava, tem conciliação bancária tudo vem para a gente... *É coisa assim, de milhões...porque que tem um contrato de locação de carro de 25 milhões, 10 milhões...tudo isso a gente questiona...Porque que as carretas de saúde são alugadas dessa empresa? Porque que são comprados aqueles tratores qual a necessidade da secretaria disso?* A gente chama todo mundo, chama áreas técnicas [...] (R. G. 1)

Mas em seguida, vê-se a fragilidade do poder de intervenção e deliberação do CMS/MAO frente a realidade posta, de atrasos e não cumprimento das ações pactuadas,

[...] *então, não tem muito ali o que a gente dizer que está errado, só que assim, entre que o plano fala e o que é executado, existe aí um universo de situações que a secretaria, por exemplo, deixa de implementar.* Tem ações que você vai lá ver, você vai procurar no relatório de gestão, estão zeradas, não foram implementadas...Só que é uma situação assim, um tanto quanto delicada, porque uma não aprovação de um relatório de gestão é uma cadeia de acontecimentos, até recursos que o município poderia receber, que não vai receber, *e quem vai ser o pior penalizado com isso?* o usuário! (R. G. 1)

Um maior exemplo, o relatório de gestão, *chegou agora pra gente, só pra ti ter uma ideia...de 2014 nós fechamos agora em 2015, é assim que funciona, porém já chegou em maio-abril, e agora já chegou o de 2015...por que é quadrimestral, então chega muito em cima,* como eu ti falei, não há em determinados momentos, não tem aquela parceria de decisão mesmo, porque? Por que, como tu vai avaliar determinadas situações com uma semana antes né...trabalha-se o projeto...o plano anual de saúde, trabalhamos....mas muita das vezes nós pedimos que volte alguma coisa por que não entendemos, por que chegou em cima da hora, e pra suprir a maior necessidade né, então em determinadas situações é difícil, planejar, fazemos parte, fazemos! (R. U.S. 3)

³¹ Relatório da 8ª Pré – Conferência Municipal de Saúde de Manaus, 2013.

O que enfatiza que fazer gestão, planejamento, não é nada simples e rápido, requer empenho e dedicação, uma vez que a sociedade caminha em direção a ações mais racionais e acertadas no campo da gestão.

[...] todo ano a SEMSA chama o conselho para participar do planejamento municipal poucos são os que vão, porque são 5 dias, é o dia todo, é uma coisa chata... a gente que trabalha com planejamento sabe que isso não é uma coisa fácil e nem boa de se fazer...eu por exemplo odeio planejamento...mas tem que fazer, não tem jeito. (R. G. 1)

Apesar de não gostar, ou de não estar preparado para tal fim, conforme menciona o sujeito da pesquisa, Gaulejac (2007), é categórico ao mencionar que sociedade como um todo está impregnada pela ideologia gerencialista, que na ordem prática, entende que tudo pode resolvido dentro de perspectiva pragmática e racional, onde a necessidade, muitas vezes tem de se adaptar as exigências econômicas e institucionais.

Segundo o autor, muito embora essa concepção tenha nascido no seio privado, ela tende a se espalhar para todos os setores, entre eles os de ordem pública, isto é, vê-se paulatinamente, por exemplo, a “gestão contábil” da saúde, da educação e da pesquisa, ao passo que se impõe ao mundo, o que o autor denomina de “realismo gestor”, que na ordem prática, é incapaz de desenhar uma sociedade preocupada com o bem comum.

Contudo, Gaulejac não se expressa contra a gestão, pelo contrário, ele não a vê como mal em si, pois organizar o mundo, racionalizar as ações é totalmente válido quando há de fato preocupação com a melhoria nas relações humanas e vida social propriamente dita. Nessa perspectiva, a gestão que se pretende alcançar no âmbito do SUS, especificamente do município de Manaus, deve ser justamente voltada para as necessidades da população, e não aquela que se dobra vicissitudes da política e decisões de ordem particular e grupos minoritários.

Sabe-se que o momento em nível global é de ajustamento e enxugamento das ações em níveis institucionais e econômicos, o que não justifica a ênfase ao caráter de insensibilidade no âmbito da gestão, engessamento e nem a exclusão social para com aqueles sujeitos de direitos que trabalham em favor do controle social e, concomitantemente, a requisitam em seus respectivos territórios.

[...] na outra gestão, nos caminhamos mais, nessa bem pouco, deu uma freada muito brusca...o modelo de gestão e governo...totalmente, não tenho nem medo de dizer isso, nem me importo... essa gestão aí é ditatorial, entendeu? Só não é mais, por que não damos o braço a torcer...mas devia ser uma parceria... (R. U. S. 3)

[...] em questão da demanda trazida pro conselho, pra que ele possa deliberar uma ação, concretizar algo de fato, o conselheiro tem que cobrar lá dentro, por que ele é o representante daquela zona, mas mesmo com ele cobrando, mesmo ele pegando no pé do Presidente, cobrando na secretária, ele mesmo assim, ele ainda entra na parede da política **“Ah, mais conselheiro (a), você lembra que foi feito lá, a gente deliberou tal coisa, a gente não pode mudar assim, da água pro vinho, tem seguir as regras”** Então querendo ou não, existe uma de informações de dizer que aquilo não pode mudar, pois já está pactuado, já está planejado, eles conseguem manipular para que não haja mudança. (R. U. S. 1)

No pano de fundo, é possível assinalar que CMS/MAO através de seus conselheiros e aparato técnico, vem cumprindo suas responsabilidades, de avaliar e identificar os pontos fortes e fracos da gestão, contudo estes não podem, por uma questão institucional corrigir os problemas, pois esse é o papel da administração e afins.

Nesse contexto, com base nas contribuições de Worthen (2004), compete a leitura que as avaliações, isto é, a avaliação dos relatórios de gestão, sejam quadrimestrais e/ou anuais realizados pelo CMS/MAO, devem servir como instrumento de ajuda para o processo para o próximo planejamento, para a composição das próximas Programações Anuais de Saúde (PAS).

Acredita-se que o planejamento e avaliação devem apresentar-se como instrumentos democráticos de qualificação das políticas públicas. Nesta ótica, a representação exercida pelos conselheiros, trabalhadores, sobretudo, usuários, é de fundamental importância planejamento, avaliação e proposição, contribuindo para o processo de tomada de decisão, no deliberação, no empoderamento do espaços de discussão, no exercício pleno de controle social nas instancias do governo, da gestão em rede como é o caso dos pactos.

Nessa lógica de raciocínio, Dávalos (2004), ao referir-se aos países da América Latina, entre eles, o Brasil, reflete sobre as mudanças e conquistas alcançadas no exercício do principio de governabilidade, mencionando que *“ as sementes estão lançadas ”* e os *“ germes estão aí ”*, uma vez que os últimos governos mesmo que de forma insipiente, vem gestando mudanças importantes no âmbito político, econômico e social.

Portanto, a governabilidade, a *“boa governança”*, no âmbito da política de saúde, não pode existir sem direito e ética, sendo indispensável uma democracia voltada para a plena participação popular, que incorpore de fato todos os setores sociais sem discriminação.

Isso significa dizer que, nos dias atuais, circunscreve-se a relevância de pensar a práxis da produção e reprodução da vida em sociedade, da relação sujeito-ação quanto a potencialidade de transformação, de como se constrói e reconstrói cotidianamente a relação entre superestrutura e infraestrutura, sobretudo, no tocante a relação Estado-Sociedade, mais ainda,

da retomada do papel dos sujeitos na condução das políticas públicas, e, especificamente, da política de saúde e controle social na cidade Manaus, no interior do CMS/MAO.

Do chamamento de compreender na ordem prática a relação existente entre sociedade política e sociedade civil; dos aparelhos privativos da hegemonia no município de Manaus, da manifestação dos interesses, da luta de classes inscritas no âmbito da representatividade delegada ao sujeitos da pesquisa (gestores, trabalhadores e usuários), de como se conformam as relações nessa esfera de gestão o Estado Ampliado; de como se constrói e valida, a hegemonia da proposições, moções, bem como deliberações no interior conselho.

3.2.1 Visão panorâmica de registros das ações e atividades desenvolvidas pelo CMS/MAO de 2013 - 2014

Em relação a esse universo, ao campo de atuação, de coparticipação no âmbito da gestão, do controle e participação social no âmbito da política de saúde no município de Manaus, o conselho programou de janeiro a dezembro de 2013, a meta 12 Assembleias Gerais Ordinárias, contudo, em função da demanda apresentada, foi acrescido mais duas (2) Assembleias Gerais Extraordinárias, o que totalizou 14 Assembleias no respectivo ano. (RAG CMS/MAO, 2013).

Nesse sentido, em relação a assiduidade da representação tripartite durante a realização das respectivas assembleias, têm-se a construção do seguinte gráfico:

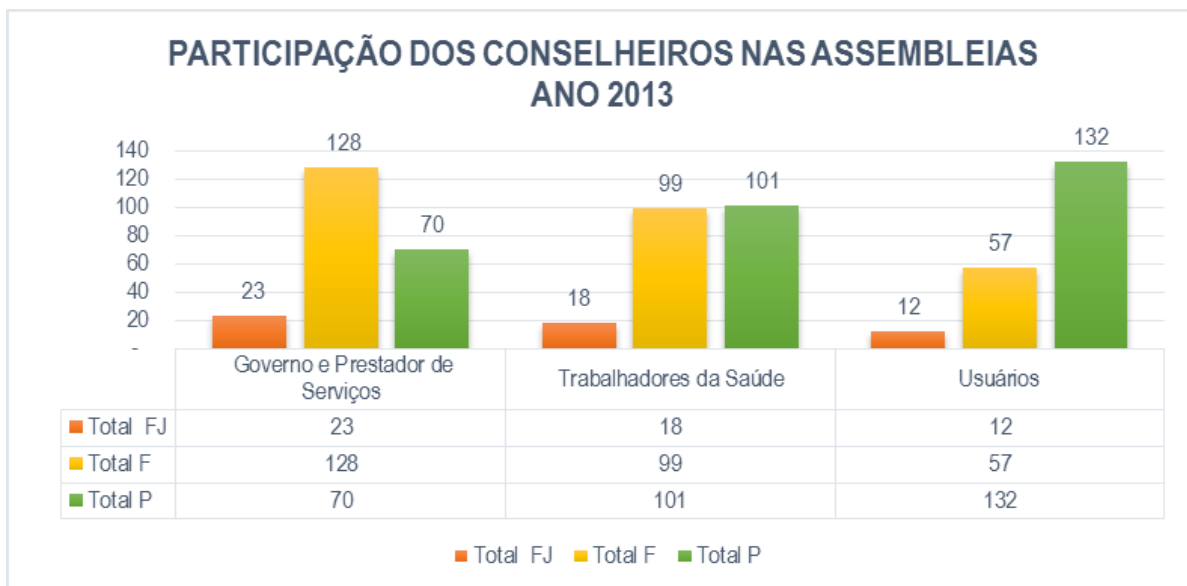


Gráfico nº 01- Participação do Conselheiros nas Assembleia - 2013.

Fonte: Relatório Anual de Gestão do CMS/MAO/2013.

Elaboração pela autora.

Para chegar ao mesmo, levou-se em conta o somatório das frequências anual, com a seguinte disposição: FJ - Falta Justificada, F - Falta e P – presença, de onde se computou entre as instancias representativas a seguinte subdivisão: Gestores e Aparelho formador - 21 participantes, Trabalhadores do SUS - 18 participantes e usuários - 17 participantes.

Nesse universo, observa-se a alteração na paridade, isto é, um número excedente de sujeitos, que se deu em função do excesso de faltas e a substituição de representantes, titulares e suplentes, sobretudo, no segmento governo e aparelho formador, seguido de trabalhadores do sus, e por fim, usuários durante o transcorrer do respectivo ano.

Com relação aos assuntos discutidos, o Relatório de Gestão do CMS/MAO aprovou e homologou 96 (noventa e seis) resoluções, entre os quais 16(dezesseis) foram identificados como temas principais, entre os quais estão:

- ✓ Aprovação da Programação de Ações e Metas da Equipe Municipal de Ações de Controle da DST e AIDS e Hepatites Virais, para o ano de 2013, com base no Parecer nº 002/2013 – CPOFIN;
- ✓ Aprovação do Relatório de Gestão do 3º Quadrimestre RAG/SEMSA com base no Parecer nº 0003/2013 da Comissão de Planejamento Orçamento e Finanças e a Prestação de Contas do Período de setembro a dezembro de 2012;
- ✓ Homologação da Aprovação do Relatório Anual de Gestão – RAG 2012 e a Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus referente ao exercício de 2012;
- ✓ Referendar o Plano de Ação/2013 do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador CEREST/MAO;

- ✓ Aprovação a Criação do Comitê Municipal de Mortalidade relacionada ao Trabalho conforme a proposta;
- ✓ Aprovação do Projeto do Processo Eleitoral – 2013, para eleição de conselheiros e implantação de novos Conselhos Locais de Saúde de Manaus, complementação dos Conselhos Locais que estão instalados, nas áreas urbana, rural terrestre e ribeirinha;
- ✓ Aprovação do Projeto sobre “Implantação de 04 (quatro) Equipes das Estratégia Saúde da Família Fluvial com Saúde Bucal – ESFFB, e 03 (três) Equipes da Estratégia Saúde da Família Ribeirinha;
- ✓ Referendar a Adesão do Município de Manaus, através da Secretaria Municipal de Saúde- SEMSA ao Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, com estabelecimentos de Saúde homologada pelo Ministério da Saúde, conforme Portaria nº. 635, de 17 de abril de 2013;
- ✓ Aprovação de que equipes de Saúde da Família do PMAQ sejam incluídas no PMAQ-AB. (RAG CMS/MAO, 2013).

Outro dado muito importante que o relatório traz é a prestação de contas das ações desempenhadas pelas comissões permanentes e temporárias:

- a) Comissão de Fiscalização de Ações e Serviços de Saúde (CFASS): realizou visitas as áreas rurais (terrestre e fluvial), na fiscalização de unidade avaliando: estrutura física, recursos humanos e prestação de serviços, e apontou-se, tanto avanços, quanto desafios. Outro destaque em termos de ação, diz respeito atuação com a Ouvidoria Municipal do SUS, com intuito de definir o fluxo de denúncias (0800) do CMS/MAO, para melhorar a resolutividade das questões e resposta de curto prazo ao usuário.
- b) Comissão de Planejamento, Orçamento e Finanças (CPOFIN) : comissão é responsável pela análise e pareceres dos relatórios tanto da secretaria de saúde (PAS/2013, RAG/2012), quanto do próprio conselho (Projeto da 8ª Semana do Controle Social e 22º aniversário do conselho, Projeto de vale transporte e alimentação para os Conselheiros Municipais de Saúde, Projeto de implantação, composição e recomposição dos Conselhos locais e a Celebração do convênio Associação de Apoio à Criança com HIV), assim como também, pelo parecer das prestações de contas da SEMSA e Apreciação dos Relatórios de Gestão Quadrimestrais do respectivo ano.³² Para tanto, foi feito reuniões com os seus membros e técnicos da SEMSA, visitas técnicas aos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS).
- c) Comissão de Constituição, Justifica e Ética-CCJE: registrou-se a emissão de parecer referente a solicitação dos conselheiros municipais no que refere a alternância de

³² Os relatórios parciais foram analisados com auxílios de outras comissões permanentes do CMS/MAO (RAG CMS, 2013)

titularidade de assento no CMS e a contribuição para a elaboração do *Regulamento do Prêmio Amigos da Saúde*.

- d) Comissão de Comunicação e Informação em Saúde, Divulgação e Articulação (CISDA): registrou-se a organização e realização da *8ª Semana do Controle Social da Saúde de Manaus*, a participação nos projetos *Troca de Experiências Exitosas para o Fortalecimento do Controle Social de Manaus realizada no período de 06 a 12.11.2013* em Belo Horizonte/MG e o *Projeto de Comunicação e Informação do Controle Social do SUS na Região de Saúde do Entorno de Manaus* (Rio Preto da Eva, Presidente Figueiredo, Iranduba, Autazes e Manaquiri) e *Municípios do Alto Rio Negro* (Careiro da Várzea, Careiro Castanho e Nova Olinda do Norte).
- e) Comissão de Assessoramento aos Conselhos Locais e Distritais de Saúde (CACLDS): compôs a *Comissão de Coordenação do Processo Eleitoral* para eleição dos Conselhos Locais de Saúde, foram também responsáveis pelo *Projeto das Eleições Complementares dos Conselhos Locais de Saúde de Manaus e Solenidade de Posse dos respectivos conselheiros de 2013 a 2015*, em complementação aos conselhos já instalados, nas áreas urbana e rural terrestre. A partir deste cenário, a comissão registrou um avanço na efetivação do controle social, por meio da ampliação da participação da comunidade na gestão da saúde, ao proporcionar a educação permanente dos agentes envolvidos nesse processo.
- f) Comissão de Assistência e Vigilância Farmacêutica (CAVF): com base no planejamento de 2013, realizou reuniões e campanha junto a Farmácias das Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação as comissões de Educação Permanentes para o Controle Social da Saúde (CEPCS) e de Saúde do Trabalhador (CST) e Gestão do Trabalho em Saúde (CGTS), não foi apresentado nenhum resultado, nas duas últimas comissões, o intuito era a reativação das atividades, entretanto, os conselheiros não obtiveram êxito. Registrou-se também o não avanço do conselho no tocante a implantação prevista em 2013 das Comissões de Segurança alimentar e Nutrição (CSAN) e a Comissão Intersetorialidade e Integralidade em Saúde (CIIT).

Entre as comissões temporárias, registrou-se as atividades exercidas pela Comissão de Coordenação do Processo Eleitoral para Eleições dos Conselhos Locais de Saúde 2012-2015 (CCPE 2013) - como o nome já diz, foi responsável pelo processo eleitoral dos CLS, e ainda,

Comissão Especial Temporária (CET), criada para organizar e mobilizar um grande movimento no município (DISA's, Radio, TV, Jornais, Vozes Comunitárias, Intranet e EAS), haja vista que no respectivo ano, o SUS completou 25 anos de criação, assim como também a Comissão Especial para Elaboração das Propostas de Alteração do Regimento Interno do CMS/MAO, da qual não se registrou nenhum avanço em relação a portaria 453/12, que ainda se apresenta como uma demanda a ser trabalhada pelo conselho na atual gestão 2015-2018.

Mediante ao cenário apresentando, compete a leitura que o CMS/MAO desenvolveu uma série de atividades voltadas para efetividade das ações no campo do controle social, entre os quais destaca-se, se comparado aos anos anteriores³³, uma maior ênfase na participação popular e/ou cidadã no município de Manaus, no tocante a gestão e gerência das ações em saúde, haja vista que incide uma maior proximidade entre a representatividade tripartite, sobretudo, segmento usuário, que se fez presente, de forma assídua, nas 14 assembleias realizadas,

Neste âmbito, o alcance das ações realizadas pelas comissões, sobretudo, CFASS, CPOFIN , CISDA e CACLDS, que encabeçaram atuações de suma importância para melhorar operacionalizar as questões pertinentes a gestão e controle social no município, paralelamente, pontua-se ações que não foram alcançadas e/ou resolucionadas, como por exemplo, ações no campo de Educação Permanentes para o Controle Social da Saúde (CEPCS) e de Saúde do Trabalhador (CST) e Gestão do Trabalho em Saúde (CGTS), que não obteve êxito, e, por consequência, não alcançou nenhum resultado.

Outro destaque nesse aspecto, diz respeito a não realização da revisão do regimento com base na Portaria 453/12 - MC/CNS, o que se apresenta como uma demanda a ser discutida e resolvida, pois reflete sobre a situação da paridade de sua composição, e, por imediato, os níveis e formas de ampliação e organização da participação popular e/ou cidadã no âmbito do conselho.

Ademais, como ora dito anteriormente, apesar de as comissões de Educação Permanentes para o Controle Social da Saúde (CEPCS) e de Saúde do Trabalhador (CST) e Gestão do Trabalho em Saúde (CGTS), não ter apresentado nenhum alcance de resultado, paralelamente, no Relatório em questão, o CMS/MAO faz alusão, como ação voltada para Educação Permanente para o exercício do Controle Social, a participação dos conselheiros e

³³ Em 2006, na primeira semana, o evento contou com a participação de 262 pessoas; já em 2011, há um salto qualitativo, com a participação 642 pessoas, e, respectivamente, no ano de 2012, 642 participantes. (RELATÓRIOS DAS SEMANAS, 2006/2011/2012)

técnicos em atividades como, oficinas, seminários, conferências, fóruns, conforme dispõe o quadro abaixo.

INSTANCIA	NOME DO EVENTO	QTD DE PARTICIPANTES
Local	I Seminário Macrorregional da Região Norte: transversalizando e integrando a Política Nacional de Humanização e 2º Encontro Estadual ONG/AIDS/2013	1
	Seminário de Acolhimento de Gestores Municipais de Saúde 2013.	2
	Oficina do Projeto de Rede para a população usuária de drogas	2
	VI Plenária Estadual de Conselhos de Saúde	4
	8ª Semana do Controle Social de Saúde de Manaus	16
	II Fórum da Maternidade CAMI I – Alvorada e Unidades Vinculadas	2
	IX Conferência Municipal de Assistência Social de Manaus	1
	Oficina para finalização do Plano Plurianual da Saúde – PPA 2014-2017	4
Nacional	12º Congresso Brasileiro e Medicina de Família e Comunidade-2013	1
	Encontro Nacional de Articulação e Fortalecimento do Controle Social no SUS	2
	VII Fórum de Conselhos de Saúde Estaduais e das Capitais do Norte e Nordeste	3
	II Fórum de Controle Social	2
	Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde + 10	3
	Encontro das Secretarias Executivas dos Conselhos de Saúde das Capitais	1
	II Encontro Nacional de articulação e Fortalecimento do Controle Social no SUS	2
	II Seminário de Boas Práticas no Controle da Tuberculose e Enfrentamento das vulnerabilidades e Coinfecções junto a população em Situação de Rua	1
	Movimento Nacional em Comemoração aos 25 anos de criação do SUS	2
	Oficina de Construção Estratégica em Comunicação e Informação para o Controle Social	1
	Seminário de Vigilância em Saúde do Trabalhador * Temas Emergentes na Saúde do Trabalhador*	1
V Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador	1	

Quadro nº 17 - Participações de Conselheiros Municipais em Eventos, 2013.

Fonte: RAG CMS/MAO – 2013.

Adaptado pela Autora.

Como se pode observar, as participações foram bem diversificadas, todavia, a educação permanente se deu muito mais no âmbito dos eventos realizados por outros órgãos. Assim sendo, o único momento que se vê ações mais ativas do CMS nesse campo ocorre durante a execução 8ª Semana do Controle Social de Saúde de Manaus, com a participação de 16 conselheiros, o que ainda é ínfimo, quando se leva em conta o universo total (32 titulares e 33 suplentes), que compõe representação tripartite no interior do CMS/MAO na respectiva gestão.

Sobre a 8ª Semana do Controle Social no Município de Manaus, a coordenação do evento, apontou a participação de 820 (oitocentos e vinte) pessoas, conforme demonstra o gráfico de nº 02, que contém o detalhamento a despeito da participação de vários segmentos durante o respectivo evento, de onde é possível inferir que, independentemente da zona geográfica, a adesão de usuários e trabalhadores, conselheiros e não conselheiros no evento, tão importante para se pensar, problematizar e buscar novas estratégias de enfrentamento das expressões da questão social no âmbito da saúde no município de Manaus.

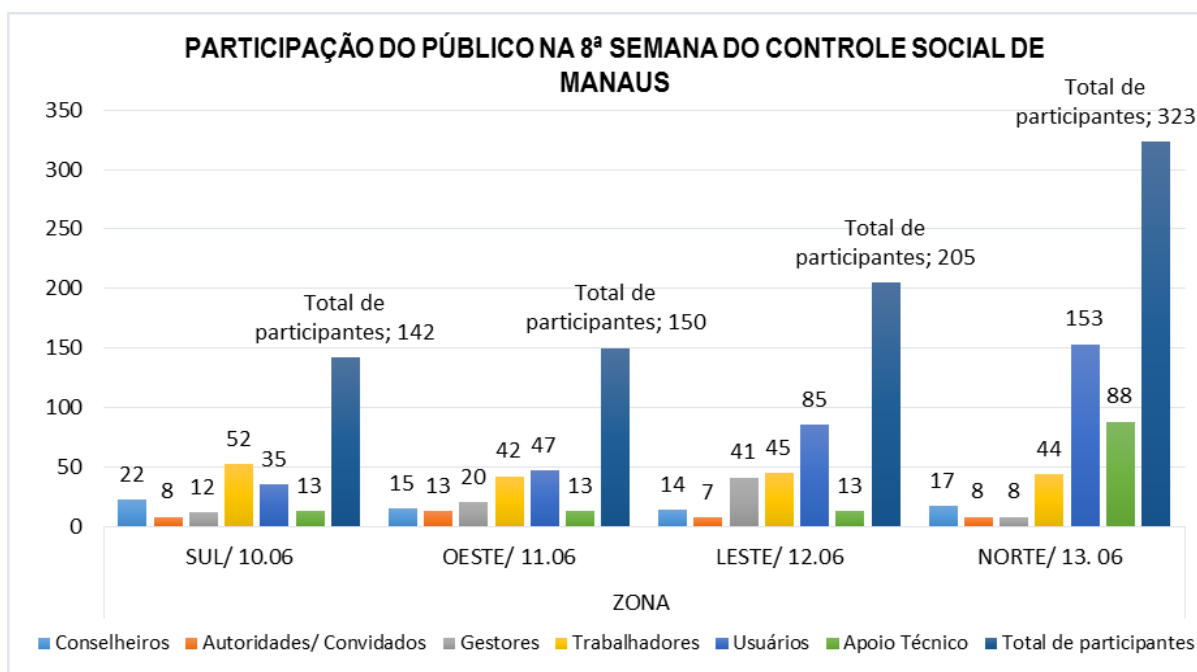


Gráfico nº 02 – Demonstração da participação do público na 8ª Semana do Controle Social de Manaus.
Fonte: RAG/CMS/MAO/2013, dados extraídos da CISDA/SETEC/2013.

Contudo, aponta-se que o público estimado pelo CMS/MAO era de 1.200 pessoas, ou seja, o número idealizado - de aproximadamente 200 participantes por zona, tendo em vista a mobilização feita pelos conselheiros e colaboradores. Mesmo assim registrou-se uma participação significativa da comunidade/zona, cuja variação foi de 142 a 323 participantes,

este último, como se pode observar, foi alcançado pela zona norte, sobretudo, no segmento usuários que contou com 153 (cento e cinquenta) pessoas.

No encerramento da Semana, a Comissão Organizadora registrou a participação de 426 (quatrocentos e vinte seis) pessoas, onde novamente, o segmento usuários e trabalhadores, conselheiro e não conselheiros, se fizeram presentes novamente colaborando e discutindo as questões em saúde, conforme assinala o gráfico de nº 03.

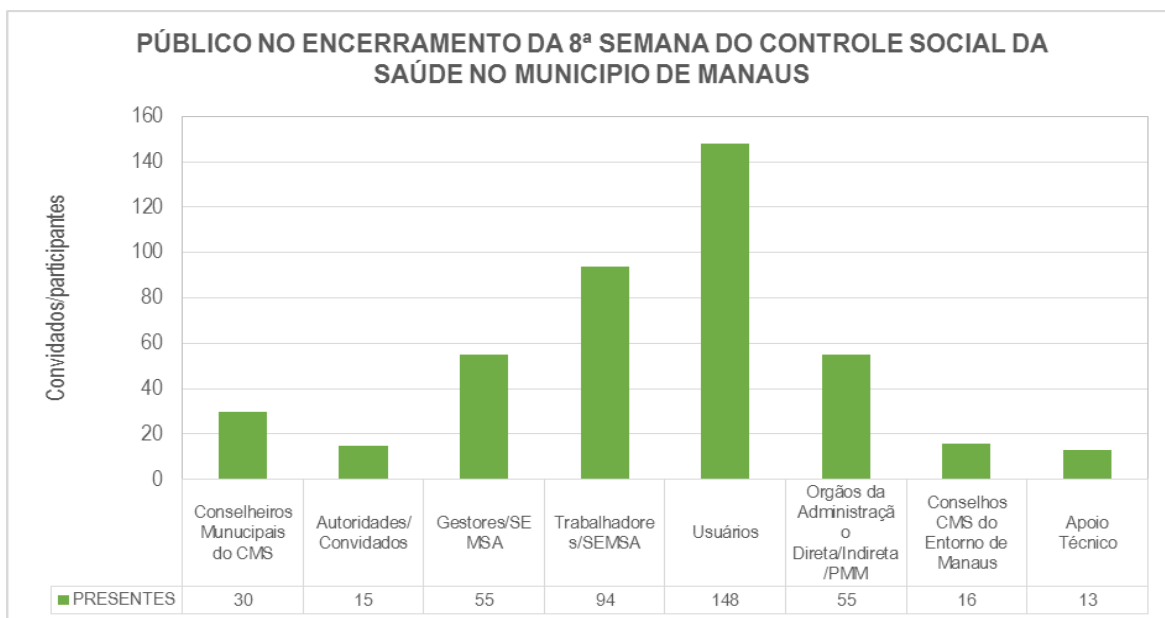


Gráfico nº 03 - Público no Encerramento da 8ª Semana do Controle Social da Saúde do Município de Manaus.

Fonte: Relatório Anual de Gestão do CMS/MAO/2013.
Elaboração pela autora.

Durante a mesa de encerramento da solenidade, a representante do Conselho Municipal de Saúde de Manaus, segmento do trabalhador, em sua arguição, mencionou que o desafio do CMS/MAO 2013-2014, em relação ao Controle Social reside na:

Alteração da Lei e do Regimento do CMS para se adequar a Resolução 453/CNS e 141; Orçamento de 0,05%; Implantação de Conselhos Locais; Implantação de Conselhos Distritais; Pacto de gestão obedecendo ao Decreto 7.508; SISREG é um grande desafio devido a Internet; Acompanhar e Fiscalizar as Ações e Serviços de Saúde do nosso município; Analisar, avaliar, monitorar e deliberar sobre o Plano Municipal de Saúde, o Relatório de Gestão da SEMSA e a Programação Anual de Saúde; Saúde da Família e o SAMU; Empoderamento de ferramentas de gestão para monitoramento e avaliação; Executar em 80% a programação anual; Dar visibilidade ao trabalho das Comissões Técnicas; Viabilizar a criação do SITE Exclusivo do CMS no Portal de Manaus; Implantar o Programa de Educação Permanente para Conselheiros; Firmar parcerias para proporcionar a realização de Programas de Educação Permanente; Melhorar a divulgação das ações dos CMS; Criar Portaria para evitar o remanejamento dos conselheiros locais de saúde, do segmento do Gestor e

Trabalhador a fim de que os mesmos permaneçam nas Unidades de Saúde onde se elegeram para o mandato de três anos; Participação efetiva dos Conselheiros em Comitês de áreas transversais como Comitê de Ética e Pesquisa – CEP's, o Papel do Conselho de Saúde após a Lei Complementar nº 141/2012 é um choque de ordem, pois a responsabilidade é nossa, e quem vai ser preso é o Conselheiro, precisamos analisar bem o que estamos aprovando. (Relatório da 8ª Semana do Controle Social, 2013)

Durante a pesquisa documental, no que tange aos registros quanto a participação nos fóruns de discussões, estabelecidos e registrados nas atas do ano de 2014, o conselho deu prosseguimento as ações no campo do controle social, onde aprovou e homologou 81 (oitenta e uma) resoluções, dentre as quais assumem destaque:

Nº/ MÊS	DELIBERAÇÕES
003/01	Homologar, por unanimidade, a decisão da Diretoria Executiva que resolveu, aprovar ad referendum, o Projeto Básico para a Implantação dos Conselhos Locais de Saúde de Manaus 2014, a realizar-se conforme cronograma estabelecido pela Comissão de Assessoramento aos Conselhos Locais e Distritais de Saúde – CACLDS – CMS/MAO, objetivando mobilizar e implantar os 57 Conselhos Locais de Saúde de Manaus, compostos e, ou recompostos nos últimos processos eleitorais realizados em 2012 e 2013, com o orçamento previsto no referido Projeto, conforme resolução nº. 001/2014 – D.E. 09.01.2014
007/02	Homologar, por unanimidade, a decisão da Diretoria Executiva do CMS/MAO, que aprovou, ad referendum, o Projeto Básico para aquisição de Vales-Transportes para o Conselho Municipal de Saúde de Manaus para permitir o acesso ao transporte coletivo, aos membros do CMS/MAO, em atividade externa, com base no parecer Nº. 001/2014 – CPOFIN/CMS/MAO, com manifestação favorável, conforme resolução nº. 003/2014 D- D. E.
008/02	Homologar, por unanimidade, a decisão da Diretoria Executiva do CMS/MAO que aprovou, ad referendum, o Projeto para aquisição de Vale refeição para o Conselho Municipal de Saúde de Manaus com base no Parecer nº. 002/2014- CPOFIN/CMS/MAO, com a manifestação favorável conforme Resolução 004/2014. D.E. –CMS/MAO.
012/02	Aprovar, por unanimidade, a nova composição dos CLS das UBS Gilson Moreira e Nogueira da Mata, conforme abaixo, com solicitações apontadas pela conselheira “A”
016/02	Aprovar, pela maioria, a prorrogação do mandato dos Conselheiros do CMS/MAO, por mais um ano, a contar de 1º de abril de 2014
020/03	Aprovar, por unanimidade, os Planos de Trabalhos das Comissões Técnicas Permanentes: CFASS, CAVFAR, CCJE, CEPCS E CPOFIN-2014, conforme encaminhado ao plenário.
022/03	Aprovar, por unanimidade, a Programação Anual de Saúde – PAS -2014/SEMSA, conforme parecer nº 003/2014 – CPOFIN/CMS/MAO, com ressalvas apontadas pelos conselheiros.
028/04	Aprovar, por unanimidade, a eleição dos membros para a Diretoria Executiva do Conselho Municipal de Saúde de Manaus – CMS/MAO, para o mandato de um ano correspondente ao exercício de 2014 -2015, a contar de 17 de abril de 2014, com a seguinte composição: Presidente: “X”, Vice-Presidente: “Y” 1º Secretário Executivo: “W” 2º Secretário: “Z”
039/05	Aprovar, pela maioria, o Relatório de Gestão da SEMSA – 3º Quadrimestre e a Prestação de contas do período de setembro a dezembro de 2013, com base no parecer nº. 003/2014, elaborado pela Comissão de Planejamento, Orçamento e Finanças –CPOFIN, pelo qual emitiu parecer favorável à aprovação desse relatório, com ressalvas.
056/08	Aprovar, por unanimidade, o Relatório Final da 9ª Semana do Controle Social da Saúde de Manaus 2014 e 23º aniversário do CMS, com o Tema: 25 anos de avanços, desafios e conquistas, realizada no período de 9 à 11.06.2014, em Manaus-AM.

061/09	<p>1. Homologar, por unanimidade, a decisão da Diretoria Executiva que resolveu aprovar, ad referendum, a Relação das Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF (casinhas), que foram desativadas e identificadas para serem sedes dos Conselhos locais de saúde de Manaus – CLS/MAO, de acordo com a avaliação dos técnicos da SEMSA e dos Conselheiros Municipais de Saúde, representantes das zonas: norte, sul, leste e Oeste/Centro-Oeste, conforme anexo único, como disposto na Resolução nº. 020/2014 – D.E/CMS/MAO de 2 de setembro de 2014.</p> <p>2. Aprovar o encaminhamento para que o Secretário Municipal de Saúde, considerando o resultado da análise realizada pelos membros da Comissão de Assessoramento aos Conselhos Locais e Distritais de Saúde – C-CDLS – CMS/MAO, após a legalização das casinhas, destine as respectivas UBSF aos Conselhos Locais de Saúde – CLS/MAO, sob as responsabilidades dos Presidentes dos respectivos conselhos locais de saúde – CLS vinculados as UBS, em conformidade com o constante no processo administrativo nº. 201416376167</p>
067/10	Homologar, por unanimidade, o Ato da Diretoria Executiva que aprovou, ad referendum, o Termo de Referência – Projeto de fiscalização nas UBSR das áreas rurais- terrestres e fluviais, no Município de Manaus, datado de 10.09.2014, com o Cronograma de Atividades definido pela Comissão de Fiscalização de Ações e Serviços de Saúde – CFASS, com a indicação dos nomes dos conselheiros e servidor para viajarem, com destino a área Rural Terrestre: BR 174 E AM 010, e Área Fluvial, com destino ao Rio Negro e Rio Amazonas, conforme Resolução nº. 021/2014 – D.E. de 12.09.2014
069/10	Aprovar, pela maioria, o Relatório Anual de Gestão do Conselho Municipal de Saúde – 2013 [...]
072/11	Aprovar, por unanimidade, a indicação dos nomes dos conselheiros e servidores do CMS/MAO, [...], para participarem das Oficinas de Trabalho para a Elaboração da Programação Anual de Saúde – PAS 2015, como representantes deste CMS/MAO, em atenção a programação do DPLAN/SEMSA.
076/12	1. Aprovar, pela maioria, a criação a Criação de Coordenação do Processo Eleitoral – CCPE – 2015, com o objetivo de operacionalizar os processos de indicação e da eleição de representantes para o Conselho Municipal de Saúde de Manaus, para o triênio 2015/2018, com vigência até o termino do Processo Eleitoral do CMS/MAO; [...]
081/12	Aprovar, por unanimidade, o Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA-SARGSUS-2013, com base no parecer nº. 007/2014 da Comissão de Planejamento Orçamento e Finanças – CPOFIN e a Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde/SEMSA, referente ao exercício 2013.

Quadro nº. 18 - Deliberações CMS/MAO ano de 2014.

Fonte: Quadro de Resoluções do CMS – 2014.

Adaptado pela autora.

Como se pode observar no quadro de nº. 19, as deliberações em destaque são múltiplas, uma vez que atendem tanto demandas específicas da gestão em saúde, assim como também, do CMS/MAO, as quais podem ser subdivididas em dois momentos:

- a) Implantação, recomposição dos 57 Conselhos Locais e a liberação de espaços para o funcionamento deles;
- b) Aprovação: a) Auxílio - transporte e alimentação para os conselheiros; b) Prorrogação dos mandatos do triênio 2011/2014 por mais um ano; c) Planos de trabalho das comissões permanentes, da PAS/2015; d) Eleição da diretoria 2014-2015; do Relatório 3º quadrimestre e Prestação de contas do período de setembro a dezembro de 2013; e)

Relatório Final da 9ª Semana do Controle Social da Saúde de Manaus 2014 e 23º aniversário do CMS; f) Indicação dos nomes dos conselheiros e servidores do CMS/MAO, para participarem das Oficinas de Trabalho para a Elaboração da Programação Anual de Saúde – PAS 2015; g) Criação de Coordenação do Processo Eleitoral – CCPE – 2015; h) Termo de Referência – Projeto de fiscalização nas UBSR das áreas rurais - terrestres e fluviais; i) Relatório Anual de Gestão do Conselho Municipal de Saúde – 2013.

Pontua-se que para chegar a tal resultado, vivenciou-se durante as realizações das assembleias ordinárias e extraordinárias, todo um processo de discussão no colegiado. É justamente no campo das discussões, do processo dialógico, que reside riquezas de informações, que não se esgotam em resoluções, que por ora, dão vazão a conciliação de demandas, bem como a construção do consenso em torno das questões pautadas, e, por conseguinte, a tomada de decisão no que tange a resoluções de conflitos, assim como também, problemas em torno do gerenciamento da política de saúde, assim como também, no interior do CMS/MAO.

Ante a leitura das atas públicas, registradas no ano de 2014, é possível vislumbrar nas falas dos representantes, sobretudo, do segmento dos trabalhadores e usuários, a exposição de preocupação, assim como também, denúncias, bem como solicitações em relação as questões ligadas a gestão e trabalho em saúde, a execução dos serviços de saúde propriamente dito, e ainda, questões internas do CMS/MAO, conforme pontua os recortes das falas compiladas no quadro a seguir:

<p>1ª ATA DE ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA DO CMS/MAO ANO DE 2014</p>	<p>[...] atenção especial na questão dos novos Módulos, em relação ao provimento de Concurso Público para os Agentes Comunitários de Saúde [...];</p> <p>O conselheiro "A" comunicou a deficiência na prestação de serviço do SAMU na comunidade "Y" e pediu providências dos responsáveis [...]</p>
<p>2ª ATA DE ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA DO CMS/MAO ANO DE 2014</p>	<p>[...]A conselheira "B" perguntou sobre os motivos de constantes paralisações na construção da unidade de Saúde O-10, que começou a construção e hoje está parada, fazendo com que o local acumule lixo [...]</p> <p>O conselheiro "C", comunicou que tem uma preocupação em relação à casa de saúde do Parque Mauá que era para ser inaugurada, mas até agora a casa se encontra no mesmo estágio, e a comunidade está ansiosa pela utilização dos serviços [...]</p> <p>O conselheiro "D" falou sobre a solicitação de uma equipe da Estratégia da família para atender ao ramal "X", na BR-174, Km 67, agradeceu a Secretaria e ao Distrito Rural o atendimento da solicitação, por ter visitado o local e conhecido à situação dos trabalhadores rurais daquela área, lembrou que hoje tem uma equipe que atende periodicamente ramal, até que seja construída uma unidade, ou seja, ampliada a UBS Ada Viana para cobrir essa área [...]</p> <p>O conselheiro "E" disse que há uma falha no prazo de entrega das pautas, relatou que recebeu a sua em cima da hora e que há pouco tempo para contribuir em uma pauta com temas muito relevantes, lembrou que se deve cumprir o regimento. Chamou atenção perguntando quando vão ser entregues as obras do Frei Valério que já está com três anos de obras e sugeriu que sejam entregues em abril que é o aniversário do bairro e da UPA Artur Virgílio [...]</p> <p>O conselheiro "F" Comunicou que nas últimas duas semanas recebeu muitas reclamações dos Agentes Comunitários de Saúde que trabalham no Distrito Norte [...] por causa do tratamento que vem recebendo da diretora do distrito [...]</p>
<p>5ª ATA DE ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA DO CMS/MAO ANO DE 2014</p>	<p>O conselheiro "G" – em relação ao Ponto Digital. Falou que há alguns médicos que assinam e vão embora e depois retornam para bater o ponto. Perguntou em relação as faltas, disse que há registros de 39 faltas quando o mês só tem 30 dias. Em relação aos medicamentos dos diabéticos – está faltando nas UBS da Zona Centro Oeste</p>
<p>8ª ATA DE ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA DO CMS/MAO ANO DE 2014</p>	<p>O conselheiro "H" comunicou sobre a situação de 3 lanchas do SAMU, apresentando registros fotográficos, nos quais constata-se que as mesmas se encontram totalmente abandonadas no solo, informando que há mais de 1 ano que elas permanecem nesta situação; ressaltou inclusive que elas estão sem previsão para manutenção; [...]</p> <p>O conselheiro "F" disse que é lamentável ter que vir aqui reclamar que os Gestores ameaçam, perseguem os ACS's que se recusam a fazer um trabalho que não é seu, disse que é uma pena ter que vir relatar esta situação, considerando que já avançaram muito no processo de relacionamento entre Trabalhador e Gestão, mas que ainda "temos dentro das estruturas dos DISAS, os gestores "dinossauros" que se recusam a evoluir e ouvir as necessidades dos trabalhadores, para tentar diminuir essas dificuldades ainda na base, para que elas não tenham que chegar até aqui".</p>

Quadro n.º 19 - Recortes de falas dos Conselheiros nas Assembleias.

Fonte: Atas ano de 2014.

Elaborado pela autora.

Diante do recorte das falas, percebe-se que essas e outras iniciativas em relação a gestão em saúde, são extremamente necessárias, reconhece-se que este é um processo longo que exige persistência e pressão da contraposição popular (Gramsci, 1999, p.04, apud Simionatto, 2006,

p. 33), de reivindicar os interesses mais abrangentes dos usuários, isto é, da coletividade em ter uma política de saúde efetiva, universal, integralizada e democrática prestada pelo Estado.

Como se pode observar, as maiores demandas girão em torno da prestação, na verdade, da não prestação, precariedade ou até mesmo ausência de assistência em saúde a população do município de Manaus, seja no espaço urbano e rural. Fatores estão intrinsicamente ligados uma série de fatores, que perpassa a baixa cobertura da atenção; a ausência de infraestrutura (manutenção, reformas e construção de prédios); a falta de compromisso de segmentos profissionais em seu cotidiano; a insuficiência de recursos humanos para atender demanda de usuários; a ausência de medicamentos, sobretudo, para os doentes crônicos, embora se saiba que o modelo assistencial em saúde vigente fomente como essência das ações, o cuidado.

Assim sendo, como fora exposto ao logo deste estudo, as questões em saúde no município de Manaus e Região do Entorno são muito complexas, ficando evidente nos discursos dos sujeitos entrevistado/representantes, a noção de quem mais sofre são os que estão na ponta, ou seja, trabalhadores do SUS e usuários do SUS.

Nessa linha de raciocínio, no município de Manaus a gestão em saúde apesar de ser plena e ter dado alguns saltos qualitativos, de certo modo, ainda se limita em administrar o “caos” e reproduzir ideologias que se contrapõe a perspectiva democrática e cidadã reiterada nos pactos.

Em função disso, vê-se que poucas são as ações voltadas para o desenvolvimento da Educação Permanente, a Informação e Comunicação em Saúde, quem uma vez implementadas poderiam contribuir para aprimoramento das ações e alcance de resultado no campo da saúde, não somente na grande gestão (SEMSA e CMS), mas também da pequena gestão (Unidades Básicas de Saúde e Distritos de Saúde) no município de Manaus.

Assim sendo, durante a realização das entrevistas junto com o segmento trabalhadores e usuários sus, essas e outras questões foram contempladas com mais afinco, o que permitiu conhecer e analisar de forma mais coesa as categorias temáticas: gestão, controle e participação social, questões essas que serão abordadas IV e último capítulo do respectivo estudo.

CAPÍTULO IV

A DIMENSÃO PARTICIPATIVA DA REPRESENTAÇÃO DOS TRABALHADORES E USUÁRIOS DO SUS NO INTERIOR DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - CMS/MAO

O presente capítulo tem por objetivo central pontuar as particularidades do município de Manaus no que se refere ao controle e participação social no âmbito da saúde, uma vez que se busca compreender: *De que forma se estruturam e moldam, o controle e participação social no âmbito da saúde local? A partir de que visão se constrói a inclusão dos sujeitos envolvidos nesse processo? Por quem e para quem, são ocupados os espaços de representação no interior do CMS/MAO?*.

Assim sendo, no primeiro momento será feita análise da participação representativa tripartite no interior do Conselho Municipal de Saúde CMS/MAO, nas relações de poder, mediação e a criação de espaços múltiplos de interlocução, vivenciadas no última gestão, na qual se pode fazer um balanço a partir da visão dos trabalhadores e usuários do SUS, dos entraves, avanços e perspectivas acerca da gestão em saúde, assim como também, da participação no exercício do controle social no campo da saúde no município de Manaus.

4. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O QUE PENSAM OS REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES DO SUS?

O processo de municipalização da saúde, isto é, a descentralização não tutelada se inicia de fato a partir da NOB 96, onde os municípios habilitados passam a ser responsáveis pelo atendimento e demandas de sua população, assim como também, pelas exigências saneadoras em respectivos territórios, a partir de então, o processo de municipalização expande-se rapidamente, e, em dezembro de 2000, 98% dos municípios estavam habilitados à gestão plena de atenção básica. (SILVA, 2001 apud TREVISAN, L. N & JUNQUEIRA, L. A. P, 2007).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS 01/01 deu continuidade ao processo de descentralização, através da determinação do planejamento e execução do Plano Diretor de Regionalização, pelas Secretarias Estaduais de Saúde, que garantiu o acesso a saúde ao usuário, através dos “Módulos Assistenciais”, num conjunto de municípios que passaram atuar referenciados a um “município-sede”, apto a oferecer um elenco de serviços de média

complexidade, que passaram a compor as regiões e microrregiões de saúde, conforme as suas possibilidades de atendimento, como foi o caso do município de Manaus.

Essa ação trouxe a cena muitas dificuldades de operacionalidade do SUS pelos respectivos municípios, o que nas palavras Trevisan & Junqueira (2007), acelerou a demanda por um “pacto de gestão” de responsabilização dos entes da federação, não obstante, o Pacto de Gestão, de lá para cá, reiterado na normativa Pacto pela Saúde, com suas respectivas modificações é claro, é assimilado como um mecanismo que permiti,

[...] atingir metas sanitárias condensadas e, para isso, deverá levar a mudanças no modelo de atenção à saúde, por meio da organização do SUS em redes de atenção à saúde, que se articulam em diferentes espaços territoriais, de forma a garantir o acesso a serviços de saúde de boa qualidade. (BRASIL, 2005, p. 9)

Mais que isso, deve firmar compromissos e deveres entre os entes da federação, sobretudo, no que diz respeito ao,

[...] equilíbrio de financiamento entre os participantes da rede. Pactos regionais podem e devem romper fronteiras físicas das áreas de atendimento, atingindo percepção multilateral do atendimento, avançando, quando for o caso, até as fronteiras estaduais. É o exemplo clássico do atendimento de alta complexidade, mas não pode se limitar a ele. É no atendimento da saúde básica que o pacto de gestão mais exibe sua eficiência. (TREVISAN, L. N. & JUNQUEIRA, L. A. P, 2007, p. 900)

A atenção básica passa ser a porta de entrada do SUS, onde o pacto reafirma a necessidade de se investir de forma prioritária na atenção básica, a qual deve ser concebida, de acordo com Brasil (2007, p. 10), enquanto um “conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação...”, a saúde, a partir de então, passa a ser gestada dentro de uma perspectiva gerencial e sanitária, de forma democrática e participativa, o que requer de todos, o exercício do trabalho em equipe voltado para o melhor atender a população em seus territórios.

Especificamente falando, no município de Manaus, a Estratégia Saúde da Família foi implantada em 1999, e, atualmente conta com 200 Equipes, com a cobertura de 35% da população, subdivididas entre as zonas: Norte, Sul, Leste, Oeste, prestando serviço a comunidade como um todo, através da atenção à saúde: da Criança, do Adolescentes, da Mulher, as Pessoas com Doenças Crônicas. (PMS, 2014-2017)

Tendo como base de ação as Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS):

[...] Promoção e prevenção; Atenção Primária - Unidades Básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24h; SAMU 192; Portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências; Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos; Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVC, IAM, traumas e Atenção domiciliar – Melhor em Casa. (PMS, 2014-2017, p. 46)

Neste universo, o trabalhador da saúde, passa a ser um elo entre a gestão e o usuário, uma vez que atua na prestação do atendimento na ponta, nas Unidades Básicas de Saúde. Sabe-se que no campo da atenção básica a família passa a ser o centro da atenção em saúde no âmbito municipal, o que exige dos profissionais, bem como equipes de saúde, uma integração com a comunidade que irá acompanhar, mais que isso, o reconhecimento cabal dos problemas de saúde por ela enfrentados nos respectivos territórios.

Assim sendo, o Pacto de Gestão define como eixos temáticos a redefinição dos seguintes elementos: 1. Responsabilidade Sanitária - de governo, de gestão e de respostas dos sistemas e serviços de saúde e da organização da atenção; 2. Regionalização solidária - cooperativa; 3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Trabalho e Educação em Saúde 6. Financiamento; 7. Participação Social e Controle Público do Sistema (BRASIL, 2006).

Dentre os quais abordar-se-á, neste momento, antes as falas dos sujeitos entrevistados, representantes dos Trabalhadores dos SUS, especificamente, o quesito: 5. Trabalho e Educação em Saúde³⁴, uma vez que integra a centralidade de categorias analíticas do presente estudo, de onde será construída codificadamente, a visão dos trabalhadores do SUS sobre o controle e participação social direta/ indireta do CMS/MAO na gestão da política de Saúde no município de Manaus.

Como já fora dito, o Trabalhador do SUS, é essencial para a operacionalização da atenção básica. Não obstante, o Pacto pela Saúde assinado em fevereiro de 2006 pelo Ministério

³⁴ Em 2003, o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que propõem a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS – Caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Polos de Educação Permanente em Saúde (Peps), que são posteriormente, são reiteradas no Pacto pela Saúde – de Gestão que contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei n. 8.080/90, define a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal e estabelece as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase em Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. (CONASS, 2011, p. 64)

da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), sob a expressão do Pacto de Gestão, enfatizou de modo inédito a importância das responsabilidades sanitárias na gestão do trabalho (Brasil, 2006 apud Virgínia Junqueira *et al*, 2011), uma vez que assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), deve se traduzir nos seguintes compromissos:

a. promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho considerando os princípios de humanização, participação e de democratização das relações de trabalho; b. adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários, com adequação de vínculos onde necessário; c. promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores; d. desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas de pessoal descentralizadas; e. considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para elaboração, implementação e/ou reformulação dos PCCS; f. propor e pactuar diretrizes de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da saúde, sobretudo onde a restrição de oferta afetar diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica. (BRASIL, 2006)

Contudo, há que se pontuar que a Lei 8.142, assim como também, as NOB 1993 e 1996 já sinalizam, por exemplo, a necessidade de implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), como condição para recebimento de repasses do Fundo Nacional de Saúde, com prazo máximo de dois anos para sua implantação, e, em função disso, no ano de 2003, o gestor federal criou a Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e, em 2004, foram editadas as Diretrizes Nacionais para o PCCS-SUS, e, por conseguinte, no ano de 2006, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, estabeleceu por intermédio do Protocolo nº 06/2006, as Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde- PCCS-SUS. (VIRGÍNIA JUNQUEIRA *et al*, 2011).

No município de Manaus, especificamente, no que tange a Gestão do Trabalho e possíveis avanços, questionou-se dos sujeitos entrevistados - Representante dos Trabalhadores dos SUS (R.T.S.1) e (R.T.S.2) sobre - *A relação com a gestão, o exercício e as conquistas dos trabalhadores no âmbito do controle social*, os mesmos sinalizaram, que as melhorias corporificaram -se no ano de 2007, sobre conforme denota o quadro abaixo:

SUBCATEGORIA	Gestão do Trabalho
QUESTÃO NORTEADORA	A relação com gestão, o exercício e as conquistas dos trabalhadores âmbito do controle social
ENTREVISTA (S): Nº 01	Representante dos trabalhadores dos SUS (R.T.S.1)
FALA DA (S) ENTREVISTA (S)	
Entrevista Nº. 1 - Representante dos trabalhadores dos SUS - (R.T.S.1)	
<p>[...] nós tivemos alguns avanços (...) retrospectiva (...) o ano é finzinho de 2007 para 2008 gestão SERAFIM CORREIA, Manoel de Jesus Pinheiro. <i>Nós conseguimos na gestão do Serafim Correia a instalação de um elemento do controle social que é a mesa de negociação permanente do SUS no município de Manaus</i>, que discuti plano de cargos, carreira e salários, reajuste salarial foi um processo assim bem debatido, tivemos embates assim eu diria até gigantescos, porque isso tudo aconteceu num período em que a saúde estadual e municipal estava em greve e tudo isso aconteceu [...]</p> <p>[...] <i>na gestão Amazonino Mendes, nós conseguimos consolidar o funcionamento da mesa municipal de negociação permanente do SUS</i> [...]</p> <p>Falando especificamente da minha categoria, que hoje é a maior na cidade de Manaus, agentes comunitários de saúde, nós <i>tivemos um avanço muito grande também em 2008 na gestão do Prefeito Serafim e do Dr. Jesus Pinheiro, que foi a implementação do processo de discussão que culminou em 2009, já na gestão Amazonino Mendes, da estabilização dos agentes comunitários de saúde sem concurso público de acordo com a legislação em vigor.</i></p>	

Começamos, portanto, pelas conquistas, que de acordo com a fala da entrevistada nº 01, pelo exposto, se pode vislumbrar certos avanços (grifo nosso). Primeiramente, pontua-se a organização da classe trabalhadora, apreendida a partir das sinalizações de Antunes (2005), que a define como a totalidade dos assalariados, homens e mulheres, que vivem da venda da sua força de trabalho e que são despossuídos dos meios de produção, que em dado momento, exercitaram o direito à greve e, concomitantemente, estabelecimento do diálogo com a gestão, que a partir de então, assegurou a recomposição salarial tão necessária a produção e reprodução da vida social.

Por conseguinte, vê-se por meio deste movimento a valorização da mão de obra dos Trabalhadores do SUS no âmbito local, para além disso, a democratização do processo de negociação, através do estabelecimento e afirmação da Mesa de Negociação no Município nas gestões subsequentes, como bem denota as verbalizações dos sujeitos entrevistados, quando mencionam que;

[...] *A instalação da mesa de negociação aconteceu no período de greve e nós conseguimos fazer com que essa mesa fosse produtiva, se aprovou um plano de*

cargos, carreira e salario para os servidores da Saúde do Município de Manaus, coisa que não existia, nunca existiu. Passou-se a ter reajuste salarial anual, discutido no âmbito dessa mesa de negociação - que é composta por representantes dos sindicatos, dos trabalhadores em saúde e representantes da gestão, eu acho que esse foi o maior avanço que os trabalhadores de modo geral tiveram na saúde de Manaus em 2008 [...] (R..T.S.1).

Há que se pontuar que essas conquistas são frutos de lutas sociais, inscritas de forma transversal, isto é, do âmbito nacional ao local e vice-versa, em um longo debate por aqueles que “fazem acontecer o SUS”. Sinaliza-se que estas iniciativas são datadas desde a 8ª Conferência em Saúde, onde já se pensava e problematizava questões relativas aos trabalhadores em saúde, onde estava posto, como por exemplo, a preocupação com remuneração condigna, isonomia salarial, admissão por concurso público, estabilidade no emprego, incentivo à dedicação exclusiva e direito à sindicalização e à greve, ao lado da urgência na adequação da formação profissional às necessidades colocadas pela realidade.

Nesse contexto, também realizou-se no ano de 1986, a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, de onde se propôs e detalhou uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária, no tocante à política de gestão do trabalho e de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e a implementação do SUS, que mais tarde, assegurou na Constituição Federal de 1988, sob a forma do Artigo 200, inciso III, a atribuição ao SUS, a competência de ordenar a formação dos seus recursos humanos, o que abriu a possibilidade de formar trabalhadores com perfil condizente às necessidades técnicas e sociais, às realidades locais e regionais e, principalmente, reconhecendo uma política relativa aos trabalhadores como essencial para a implementação do Sistema (3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2005).

A Gestão do Trabalho em Saúde e suas respectivas conquistas ao longo desses 25 anos de SUS, empreende-se como um espaço profícuo de aprendizagem da cultura política e de negociação, voltada para o enfrentamento e o empreendimento de luta da classe trabalhadora, e, especificamente falando, dos segmentos que compõem a classe no município de Manaus, como bem denota a fala da entrevistada de nº 02, ao sinalizar que hoje é possível estabelecer um processo dialógico com a gestão,

[...] assim, o município a gente, nosso sindicato, por exemplo que anteriormente não conseguia conversar com os governantes, hoje a gente conversa. Não somos parceiros e nem adversários, mas assim estamos atrelados pela situação, pelos objetivos que nós temos. Tanto o que nós temos com a categoria é relevante e que a luta, o gestor já abre um espaço para negociar, o PCCS na mesa de negociação, a gente

está tendo vitórias gradativas, mas são mais de 10 anos de luta, a mais de 12, 13 anos de luta no Estado e Município. (R..T.S.2).

A partir dessa sinalização é possível inferir que essa conquista não se expressa somente sob os avanços, mas também pelos impasses, que implicam em retrocessos para “a classe em si”, uma vez que classe de trabalhadora do âmbito do SUS é composta por diversas categorias, e, concomitantemente, suas respectivas representações - direta e indireta, que pleiteiam muitas vezes interesses múltiplos, que se dão de forma dissociada, isto é, a parte do respectivo coletivo,

*[...] hoje na esfera institucional a gente tem dois ou três membros que se mobiliza. A mesa - que aí congrega todos, nos seus objetivos, e as negociações paralelas - fora do âmbito da mesa, por exemplo, os médicos quando eles se invocam, eles negociam tudo pra eles, fora do âmbito da mesa, quando é interessante estar na mesa, eles estão na mesa ... E aí já temos outras categorias fazendo a mesma coisa - **que dá certo pro médico, por que não vai dá pro dentista?!** (R. T.S.1).*

Nesse sentido, concorda-se com Ferreirinha e Raitz (2010) quando menciona que, a resignificação do Estado, isto é, a passagem do Estado tutelar para assistencial e, posteriormente, para Estado regulador, consiste em uma estratégia de estabelecer a arte de governar, isto é, de introduzir na sociedade, em sua economia, a administração correta dos sujeitos - ao nível da gestão de um Estado, que passa exercer, mesmo que de forma invisível, através do discurso, o controle sobre os sujeitos (coletivos e individuais).

Assim, quando reflete sobre as relações de poder, incide pois a necessidade de pensar a população, e aqui especificamente falando, as categorias profissionais (coletivo) não só como força soberana, mas como classes (individuais), que possuem necessidades e aspirações, muitas vezes consciente daquilo que se quer e inconsciente em relação ao que se quer que ela faça.

Tal prerrogativa enfatiza que o ato de programar e gestar políticas públicas perpassa pelas necessidades e aspirações da sociedade, identificadas não só pelo aspecto quantitativo de demanda, mas principalmente pelo aspecto qualitativo para garantir a sustentabilidade e coesão do sistema (FOCAULT, 1979 apud FERREIRINHA & RAITZ, 2010).

Portanto, no dias atuais, se faz necessário pensar as relações sociais e de classe, dentro de uma perspectiva de correlação de forças, de articulação entre geral e particular, onde estão circunscritos espaços de luta de saber e poder, voltadas a superação de um problema o que requer estratégias e táticas voltadas para articulação de novas relações dos sujeitos (coletivos) entre si e com a estrutura, para então, operar mudanças na situação apresentada (FALEIROS, 1981 apud IAMAMOTO, 2010 p. 299)

Na ordem prática, sobre a gestão do trabalho no município de Manaus é possível inferir que não diferentemente de outras realidades, incide as arenas e disputas, sobretudo, os interesses múltiplos e dispares, como fora pontuado na primeira parte deste estudo, onde prevalece o peso político, a capacidade de articulação e negociação de cada classe representada junto a gestão.

[...] para as outras entidades não - médicas resta a mesa, mas existe alguns movimentos ainda, a exemplo do médico, que você é forçado a ir discutir sozinho. Por exemplo, hoje existe uma legislação (lei 12994/2014) que diz que a gestão tem que criar um plano de cargo, carreira e salário exclusivo para o agente comunitário, o que é uma dicotomia, porque o SUS prega o PCCS único, mas Manaus tem 2 PCCS, o dos médicos e os não-médicos. E aí vai ter, se Deus não puxar minha tomada, em breve, também terá um dos agentes comunitário de saúde. Hoje, diferente do médico, existe uma lei federal aprovada, regulamentada que diz que tem que ter (R..T.S.1).

O que de certo modo contradiz a própria essência da mesa, cujo o objetivo em si é “...estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde”, conforme prediz o Regimento Interno da Mesa de Negociação - Resolução nº 047, de 16 de junho de 2014.

Contudo, há que se pontuar a força e organização dos segmentos sociais aí representados, sobretudo, dos Agentes Comunitários da Saúde e de Combate de Endemias, que conquistaram institucionalmente, através da Emenda 51³⁵, a exceção à regra do artigo 37 da Constituição que especifica que a entrada do servidor público somente via concurso,

[...] nós conseguimos aprovar a lei de criação do cargo do agente comunitário de saúde e a estabilização dos profissionais que já estavam no exercício da função até 14 fevereiro de 2006 (R.T.S.1)

Mais adiante, no tocante à relação Gestão -Trabalhador, é possível vislumbrar uma certa insatisfação na fala do representante/conselheiro entrevistado na entrevista nº 01, uma vez que ainda incide um certo distanciamento entre os membros, que na sua visão, se dá em grande parte da Gestão para com o Trabalhador e não o contrário.

³⁵Emenda Constitucional, nº 51 de 14 de fevereiro de 2006, aos gestores locais do sistema único de saúde a admissão dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação vide: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc51.htm

A gestão tem que ouvir todos os seguimentos, independente do “cara gostar ou não gostar de você”. Você não está se representando, você está representando um seguimento da sociedade, falando assim, do trabalhador por exemplo, há uma necessidade muito grande do gestor parar para ouvir as categorias; há uma necessidade muito grande do gestor sentar para discutir com as representações as propostas, que a representação tem para a melhoria da qualidade de vida, pra melhoria da qualidade do trabalho da sua categoria. Isso deve ser um processo constante, não é um negócio em que “ah, vamos fazer greve, aí o cara não vem aqui vamos conversar”...não, é todo dia, tem que estar com a porta do gabinete aberta...tem que acabar com as "cercas de jurubeba". (R.T.S.1)

Nesse sentido, o representante/conselheiro entende que os gestores tanto na grande, quanto na pequena instância, devem ser flexíveis e mais aberto ao diálogo,

[...] o gestor não pode ser aquele gestor dinossauro, "sou eu que mando", não pode! *Ele tem que ouvir, também aprendi nesse processo todo, que o combinado não sai caro.* Se você vai ouvir o trabalhador, beleza, agora vamos sentar e vamos ver o a gente pode fazer. (R.T.S.1)

O que corrobora com as sinalizações presentes no documento base da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada no de 2005, quando pontua que a Gestão do trabalho em Saúde ainda precisa avançar bastante, pois muitos ainda enxergam o trabalhador como mero cumpridor do processo de trabalho, das ordens, normas e regras da grande e pequena gestão.

Nesse viés, o documento ressalta que as relações de poder construídas nas instituições têm por base a divisão intelectual e de classe social, desconhecendo a função social do conjunto dos trabalhadores e do processo institucional de gestão do trabalho, à revelia de uma política que inclua o desenvolvimento do trabalhador, a promoção institucional e a dignidade no trabalho em saúde, e ainda, podem influir negativamente, na prestação de serviços de saúde, isto é, a baixa qualidade prestada à população.

Assim sendo, não basta apenas negociar, como bem menciona a falda da entrevistada de nº. 02, é preciso lutar, de forma estratégica e unida, pois o trabalhador de saúde no município de Manaus, assim como Brasil, tem sofrido duros golpes, sobretudo, por conta dos processos de flexibilização do trabalho, fator este que afeta as formas de socialização, e redimensiona as formas de organização e de luta da “classe em si”.

[...] então o trabalhador está sendo sucateado, massacrado apesar da gente ter essa negociação. *É um negócio contigo aqui, mas eu te empurro aqui na outra negociação que é terceirizar.* Então existe uma luta, uma luta, hoje é uma realidade e que está tendo os movimentos sociais altamente políticos, e nós, conselheiros, não estamos fora da situação [...] (R.T.S.2)

Portanto, é preciso compreender que as relações sociais e de classe dentro no âmbito da saúde, e, aqui especificamente, a esfera da representatividade do segmento dos trabalhadores dos SUS no conselho gestor de saúde, isto é, as ações empreendidas pelos conselheiros,

Podem estar referenciadas em processos de disputas que têm uma margem social mais ampla, como, por exemplo, as diferenças de significados contidas entre uma perspectiva de atuação que tem como escopo um projeto de partilha de poder e uma outra que pressupõe um processo de parceria de gestão. (BIDARRA, 2006, p.46)

Para a autora, prejudica e muito, a interação no espaço do conselho gestor, pois os conteúdos a serem debatidos, acabam por assumir uma versão personificada para cada sujeito. O que põe em voga que as disputas muitas vezes deixam de contemplar as questões de caráter público e passam a ser percebidas como confrontos entre “personalidades”, que empobrece a negociação, a interlocução e a busca do consenso sobre determinada questão.

O que favorece a reposição do mecanismo de coerção e cooptação, num processo vicioso que pode até mesmo paralisar e recuar o processo de socialização política e a construção democrática, e, especificamente falando, possíveis avanços no processo de tomada de decisão no tocante a gestão do trabalho no município de Manaus

Essas questões ora assinaladas, tomam uma maior proporção e ênfase nas falas dos sujeitos entrevistados, quando se questionou sobre - *A situação dos Trabalhadores em Saúde no município de Manaus*. De acordo com entrevistados, nas últimas gestões, a situação piorou bastante conforme demonstra os recortes nas falas no quadro abaixo:

SUBCATEGORIA (s)	Gestão do Trabalho
QUESTÃO NORTEADORA	Situação dos trabalhadores em saúde no município de Manaus
ENTREVISTA (S): N° 01 e 02	Representante dos Trabalhadores dos SUS - (R.T.S.1) e (R.T.S.2)
FALA DA (S) ENTREVISTA (S)	
Entrevista N° 1 - Representante dos trabalhadores dos SUS - (R.T.S.1)	
<p>[...] falando da vida do trabalhador na ponta, uma série de coisas ...vou falar assim especificamente dos trabalhadores da estratégia e saúde da família. Eles tiveram uma <i>carga de trabalho quase que dobrada, porque a Secretaria Municipal se habilitou junto ao Ministério da Saúde em vários programas de atenção à saúde</i>, por exemplo, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde da gestante, hipertenso, diabético...foi uma situação inevitável</p> <p>[...] você sabe que hoje a estratégia sobre família é a porta de entrada do SUS, então imagine, aí você uma unidade de saúde da família padrão ela tem que atender no máximo 3500 pessoas, cada agente comunitário de saúde tem que atender no máximo 150 famílias ou 750 pessoas. <i>Nós temos hoje</i></p>	

agentes comunitários de saúde que atendem 200, 300 famílias, mais de 1000 pessoas, porque não há profissionais para fazer o atendimento dessas famílias, a cobertura recomendada pelo ministério da saúde, salvo engano, é de 70% da população do município pela estratégia, a SEMSA não alcança, nunca vi... já vi vários números diferentes a esse respeito, mas a SEMSA nunca chegou a 48% da cobertura [...]

Então o RH da secretaria municipal de saúde hoje é um RH extremamente sobrecarregado, super sobrecarregado [...] *a folha de pagamento da SEMSA é muito pesada e ela fica impossibilitada de convocar os concursados, os aprovados nos concursos* [...]

[...] *a saúde, os trabalhadores em saúde da cidade de Manaus, são trabalhadores adoecidos, muito não tem condições mais de estar trabalhando, mas são forçados a trabalhar por conta da nossa junta médica, que dificilmente recomenda uma aposentadoria pro agente de saúde. [...] Trabalhador na Cidade de Manaus na área da saúde está doente, está fazendo saúde doente, é um contrassenso e a secretaria municipal de saúde*, desculpa a expressão, “esta que nem vaca no pasto pra isso, não está nem aí” [...]

Entrevista Nº. 2 - Representante dos trabalhadores dos SUS - (R.T.S.2)

[...] *hoje o trabalhador, quem cuida das pessoas, estão adoecidos viu psicossocial*, não só fisicamente, porque ele tem na praticidade, ele está cuidando ali, ele está adoecido, mas ele tem que trabalhar porque ele está doente, não tem um hospital específico para o trabalhador, apesar de ser SUS, há uma deficiência muito grande nesse sentido e hoje nós temos trabalhadores adoecidos, enlouquecidos, depressivos é uma realidade.

*Manaus tem muitas denúncias e a maioria fica calada por que tem medo, tem várias situações do trabalhador que ele não vai falar, ele tem medo de ser mandado embora, são poucos os estatutários ainda, os que são concursados, e quem não e concursado, tem medo de falar, ele prefere ficar sofrendo calado...*sobrecarga de trabalho, pessoas com idade avançada que não tem como aposentar ainda ou tem algum problemas, ou começou a trabalhar tarde...então assim, má remuneração, muitas vezes ele trabalha o dia todo, ele tem uma má alimentação, não tem nada voltado pro trabalhador [...]

Como se pode observar, essa situação é fruto de vários fatores, onde estão inscritas, sobretudo, a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos capaz de cobrir novas contratações, e, por conseguinte, a não convocação de pessoas concursados (grifo) - “*Nós temos hoje agentes comunitários de saúde que atendem 200, 300 famílias, mais de 1000 pessoas, porque não há profissionais para fazer o atendimento dessas famílias*” (R..T.S.2)

Nesse sentido, há que se pontuar que as questões em torno do trabalho, sobretudo, no que diz respeito a saúde e integridade física dos trabalhadores de um modo geral, nos dias atuais, assumem uma conotação muito complexa e ambígua em função da reestruturação produtiva que vem gradativamente ao longo dos anos acirrando ainda mais as relações e condições de trabalho tanto no âmbito privado, quanto público.

Mota (2008), sinaliza que esta condição é fruto do processo de globalização e, por conseguinte, a reestruturação do Estado posta a partir do Consenso de Washington que

fomentou a construção de um projeto enfrentamento de crise no país, baseado numa cultura indiferenciada entre trabalhadores e empresários.

Logo, em função disso, não se vê o enfraquecimento da formação de uma cultura própria das classes trabalhadoras, isto é, a ação dos sindicatos, dos partidos e dos movimentos sociais urbanos e rurais, consolidam apenas, nas plataformas de lutas voltadas para conquistas de melhores salários e condições de trabalho, todavia, essas reivindicações não tem sido suficientes para formar frentes políticas de peso.

Assim sendo, segundo a autora, as dificuldades enfrentadas atualmente pelos trabalhadores, são produtos da cultura de enfrentamento da crise empreendida a partir do nos anos 80, que contraditoriamente, foi o momento em que se consolidou no Brasil, muitos avanços, sobretudo, com a advento da Constituição Federal de 1988.

“De lá para cá” essa cultura vem desconstruindo gradativamente a perspectiva da vontade coletiva, a qual tem sido sobreposta, em vias de fato, pela vontade corporativa, de onde é possível vislumbrar a crescente renúncia da hegemonia do coletivo dos trabalhadores, em contrapartida um maior concretude do ideário neoliberal.

Por consequência, vive-se mudanças substanciais no mundo do trabalho, segundo autora, são frutos dos desmontes dos mecanismos de regulação da produção social e a regressão nas esferas dos direitos sociais, uma vez que ao se fomentar a desregulamentação do Estado.

Incide, pois, o imperativo de se adequar os direitos recém-conquistados a um projeto de uma “democracia sem adjetivos”, onde reafirma-se a subordinação do social ao econômico, e, subsecutivamente, a desregulamentação do mercado de trabalho nos últimos governos no interior do país.

Nesse sentido, corrobora-se com Antunes, em sua tese de estudo, apresentada em “*O CARACOL E SUA CONCHA: Ensaio sobre a Nova Morfologia do Trabalho*”, quando assinala que,

[...] se o trabalho ainda é central para a criação do valor, o capital, por sua parte, o faz oscilar, ora reiterando seu sentido de perenidade, ora estampado a sua enorme superfluidade, da qual são exemplos os precarizados, flexibilizados, temporários, além, naturalmente, do enorme exército de desempregados e desempregadas que se esparramam pelo mundo. Em seu traço perene, pode-se ver que cada vez menos homens e mulheres trabalham muito, em ritmo e intensidade que se assemelham à fase pretérita do capitalismo, quase similarmente à época da Revolução Industrial. E, na marca da superfluidade, cada vez mais homens e mulheres encontram menos trabalho, espalhando-se à cata de trabalhos parciais, temporários, sem direitos, “flexíveis”, quando não vivenciando o flagelo dos desempregados. (ANTUNES, 2005, p.149)

Assim sendo, no âmbito da saúde, a relação e as condições das relações de trabalho não são diferentes, contudo, de acordo com as sinalizações do *Relatório do Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS “Em defesa da legalidade da ação do Estado e dos direitos dos trabalhadores”*, realizado no ano de 2003, há que se pontuar que a precarização dos vínculos de trabalho no setor público tem algumas particularidades, que decorrem da desestruturação do aparato de Estado e de suas carreiras ocorridas na última década, e dos constrangimentos impostos pelo contexto de restrição fiscal,

Durante a realização deste evento nacional, tinha-se o registro de cerca de 800 mil trabalhadores SUS atuando dentro de um contexto de precarização, o que representava na época, um total de 40% do setor público, atualmente, é possível vislumbrar alguns avanços, todavia, ainda existem muitos trabalhadores em condições vulneráveis no exercício de suas respectivas profissões no âmbito do SUS

Para fins de análise, retoma-se as falas frutos das entrevistas, onde é possível perceber que o trabalhador em saúde no município de Manaus enfrenta inúmeras dificuldades, sobretudo, em função da sobrecarga de trabalho, o que é bastante evidente, quando comparamos o discurso tanto da entrevistados de nº 01, quanto na de nº 02, ambos são taxativos ao informar que, o trabalhador em saúde encontra-se adoecido, tanto fisicamente, quanto psicologicamente falando - *“hoje nós temos trabalhadores adoecidos, enlouquecidos, depressivos, é uma realidade”* (R..T.S.2).

A precarização nas condições de trabalho é notórias durante o desenrolar das entrevistas. A queixas quanto as ausências de diálogo persistem, assim como também, a fala quanto à necessidade de uma maior aproximação da gestão com o trabalhador, do imperativo, de se priorizar na pauta do planejamento da Secretaria, no tocante a gestão do trabalho em saúde, questões ligadas a composição e, por que não dizer, recomposição e qualificação dos RH no município de Manaus.

Para ter uma noção desse contexto, recorreu-se aos dados fornecidos pelo Relatório Anual de Gestão (RAG/ 2013), de acordo com o mesmo, o município possui em seu efetivo 21.477 profissionais vinculados a SEMSA, no qual 18.675 possuem vínculo empregatício - subdivididos da seguinte forma: 10.160 são estatutários, 1.570 são celetistas, 4.767 são contratados por tempo determinado, 1573 são de cooperativas, 250 são vinculados pela residência e 355 denominados como outros.

Assim sendo, numa visão conjuntural, corrobora-se com ideia de que em função da desregulamentação do trabalho, isto é, a ausência de regras e de regulações, intensificam-se no

Brasil, do âmbito nacional ao local, entre os empregadores da saúde, tanto público, quanto privado, uma crescente leva de contratos informais, entre os quais estão, os contratos orais - para contratação de agentes comunitários em saúde; os de formatos irregulares - por meio de cooperativas ou por tempo limitado, e ainda, os de vinculação - por meio de cargos comissionados por serviços de assistência direta à população, que acarreta o não pagamento dos encargos sociais (ASSUNÇÃO & BELISÁRIO, 2007).

O que reafirma na ordem teórica e prática, o legado histórico, bem como os desafios postos ao controle social em saúde do trabalhador, uma vez que há um movimento crescente de modalidade de contratação informal no âmbito do SUS município, trabalhadores que estão fora do regime estatutário e contratados por tempo indeterminado acima explicitado³⁶, conseqüentemente, não estão amparados por nenhum mecanismos de proteção social, isto é, à margem dos direitos trabalhistas, o que é no mínimo preocupante.

Assim sendo, as falas dos entrevistados explicitam, mesmo de que forma breve, o fato de muitas metas nos planos e programações anuais não terem sido alcançadas, muitas, sequer foram executadas, como bem denota, os dados extraídos dos Relatórios de Gestão 2011, 2012 e 2013, como por exemplo, no ano de 2011, na diretriz - Aperfeiçoamento e Fortalecimento da Gestão do SUS, se estabeleceu a seguinte meta: *4.1.1 Implementar a Política de Gestão do Trabalho na SEMSA, passando de 9.180 servidores estatutário em 2009 para 13.180, até 2013*, esboçando a contradição, uma vez que em termos Gestão em Saúde do Trabalho, a secretaria registrou no ano de 2013, o quadro de estatutário ainda é de 10.160 profissionais, que não se foi alterado substantivamente no ano de 2014³⁷.

O que nos leva a refletir, sobre a não consideração de desígnios para se alcançar esse objetivo maior, ou seja, não foram executadas as proposições de reformular e instituir, neste caso especificamente, a execução (ação) de mais concurso público para 1.490 vagas, o que na ordem de planejamento apresentando - (PAS), seria um quadro de pessoal aceitável a execução das atividades de ações e serviços em saúde no município de Manaus.

³⁶ São as duas modalidades que possuem proteção social: a) Regime estatutário - servidor estatutário mantém vínculo de trabalho com a administração do estado, cujo ingresso é feito através de concurso público. Tem remuneração, vantagens e condições previdenciárias estabelecidas em estatuto, que constitui um conjunto de normas legais a que a pessoa adere no momento de sua entrada para o serviço público. Trata-se do Regime Jurídico Único (RJU), adotado pela União, unidades federadas e municípios como coletânea de normas gerais. b) Celetista - Nesta modalidade os servidores são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e o Regime Geral da Previdência Social, sendo garantidos, portanto, benefícios similares aos que desfrutam os trabalhadores regidos pela CLT (BRASIL, 2011, p. 34 e 35)

³⁷ Não se teve acesso a Relatórios quadrimestrais e anual de gestão, em função do atraso do calendário por parte da gestão (SEMSA), que até o presente momento, encontra-se sob a análise do CMS/MAO.

Nesse tocante, de acordo com as falas dos representantes/conselheiros entrevistados, apontam a necessidade de melhorias nas condições de trabalho, independentemente dos vínculos empregatícios, para tanto, na visão destes, é necessário romper barreiras, sobretudo, no que diz respeito a consolidação de espaços que contemplem o planejamento e diálogo em conjunto/gestão-trabalhador.

Então precisa melhorar essa questão do diálogo, do relacionamento da gestão com as categorias que trabalham esse processo de saúde pública. É preciso um planejamento melhor, uma melhoria, planejamento da execução da política de recursos humanos no âmbito do SUS, tem que ter plano de ação, tem que ter ações verdadeiras, não só ações que vão beneficiar meia dúzia de gato pingado. (R.T.S.1).

Quanto a exemplificação desses episódios, ou seja, a questão da necessidade de planejamento e investimento nos Recursos Humanos, na entrevista de nº 01, é implícita a visão de mais um entrave, a questão da abstenção por parte da gestão, como bem denota o recorte da fala acima citada: “*tem que ter plano de ação, tem que ter ações verdadeiras, não só ações que vão beneficiar meia dúzia de gato pingado*” (R.P.T.S.1).

Mais adiante, ante a leitura e análise desse quesito, outras questões são postas, como por exemplo, a desproporcionalidade e/ou não alcance da oferta/demanda, isto é, cursos/quantitativos pessoal, durante a qualificação dos diversos categorias que compõe o segmento, e ainda, a existência dos ditos “favorecimentos e apadrinhamentos” durante a implementação das poucas ações voltadas a Política de Recursos Humanos no Município.

Na visão do representante/conselheiro acontece de forma transversal, isto é, na grande e na pequena gestão - pelos profissionais que encabeçam as ações na atenção básica nas Unidades Básicas e Distritos de Saúde.

Ah, vamos planejar o curso de tratamento de atenção ao hipertenso, diabético, quem vai fazer? 200 enfermeiros! Cara, tu tens quase 500 enfermeiros. Ah, vamos fazer um curso de aperfeiçoamento de abordagem para parturiente, gestante, de acompanhamento da puérpera, para o agente comunitário, quem vai fazer? Vai fazer quem é a enfermeira achar que é bonitinho e que é da turma dela [...] (R.T.S.1).

Outro ponto importante suscitado como entrave no âmbito da pequena gestão no município, na visão do entrevistado, diz respeito ao ato de discriminação e desvalorização do Agente Comunitário no âmbito da Atenção Básica, apesar destes profissionais já terem conquistado seu espaço profissional na legislação vigente.

A grande maioria trata o agente comunitário de saúde como um burro de carga, simples, ignorante, que só serve para fazer o serviço pesado. Outra coisa que precisa acabar no universo da estratégia da saúde da família [...] é esse negócio do agente comunitário ser faxineiro [...] sendo tratado como moleque de recado, porque é assim que tratam o agente comunitário de saúde hoje nessa gestão, e, em várias outras também, isso não é uma exclusividade dessa gestão [...](R.T.S.1).

Nessa linha de pensamento, ainda são legítimas as sinalizações do relatório da na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em Brasília, junho de 2005, quando dizia que: “...*ainda é preciso reconhecer e valorizar a singularidade profissional do ACS como um trabalhador especial, de uma campo intersetorial, Saúde e Ação Social, devendo contar com o acesso à formação pelos saberes de promoção da cidadania (p. 20)*”

Quase uma década passada, ainda persistem dilemas quanto a valorização dessa categoria no âmbito SUS, sobretudo por seus pares, o que é totalmente refutável, haja vista que este é um profissional extremamente importante, que estabelece o contato e interação com a população no território de abrangência das unidades e, respectivamente, faz o elo com as equipes de saúde, assim sendo, a fala da entrevista de nº 01, o lugar do ACS é junto da comunidade,

[...]executando o processo de educação e saúde para a população, e não dentro da unidade varrendo [...] (R.T.S.1)

A partir deste prisma, vê-se que o trabalhador em saúde, independentemente da categoria, necessita de uma melhor relação com a gestão, que se aperfeiçoem as condições de trabalho, uma vez que existe uma certa descrença quanto a possíveis mudanças por parte da representação entrevistada;

[...] *então essas questões precisam melhorar e perpassam pela melhoria da qualidade do diálogo, pela melhoria da qualidade do processo gerencial do RH, pela melhoria do preparo de quem está lá na gestão*, porque pega um camarada de indicação política e bota o cara lá, ai o cara desanda a fazer, desculpa a expressão, "merda" e ai a gente quanto representante, começa a reclamar... ai você vira inimigo, a você está batendo na gestão... não pode bater na gestão [...] a verdade é que esse processo todo ele é assim, *“tu finge que melhora, e eu finjo que acredito que tu melhorou”*, e ai a coisa vai sendo empurrada com a barriga. (R.T.S.1).

Quanto a esta sinalização - *“tu finge que melhora, e eu finjo que acredito que tu melhorou”* estabeleceu-se pelos entrevistados, uma fala paralela as conquistas e entraves no tocante ao Controle Social voltado para a saúde do trabalhador, a qual diz respeito, aos

mecanismos de defesa dos interesses dos trabalhadores, ora corporificado pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST),³⁸ que funciona nos moldes de uma câmara técnica específica, cujo o papel é assessorar CMS/MAO em questões relativas a saúde do trabalhador, isto é, propor, acompanhar, fiscalizar e avaliar a política de saúde do trabalhador desenvolvida pelo Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) e por outros organismos do âmbito da gestão municipal.

Ressalta-se, portanto, a relevância do papel do CEREST, pois este deve ser, de acordo com as prerrogativas legais, o grande articulador da política de saúde voltada para o trabalhador, que tem por função o provimento de retaguarda técnica para o SUS, nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independente de vínculos empregatício e o do tipo de inserção no mercado de trabalho.

Contudo, ante a leitura e análise da entrevista de nº 02, esse mecanismo existe, tem demanda, mas funciona com muita dificuldade, em função da falta de apoio no desenvolvimento das atribuições e responsabilidades a Ele incumbidas.

[...] agora nós temos a CIST aqui, né, que é de referência do trabalhador, e não tem apoio do município... nós não temos nem sala pra reunir, - eu faço parte da CIST. É aonde deveria ter um trabalho CEREST / CIST, eles existem tá - Centro de Referência do Trabalhador (CIST/REG), então assim, isso é muito interessante, porque, assim... “você vai detectar os acidentes de trabalho tá, que acontece dentro dos hospitais, das unidades de saúde e a pessoa fica... não tem pra onde recorrer...” quando a gente tem CIST aqui do município, e tem do Estado, a funcionalidade é deficiente, ainda porque, não tem apoio dos governantes.... É todo um referencial, regulamento, diretrizes, é muito boa, mas não tem um apoio, não tem onde reunir, reúne numa sala... então assim, há deficiência nesse sentido em relação ao trabalhador da saúde. (R.T.S.2)

O representante/conselheiro, na entrevista nº 01, reitera a fala acima, e ainda, é mais incisivo em sua fala, ao sinalizar sua insatisfação quanto ineficácia dos mecanismos de controle social voltados para o Trabalhador em Saúde Regional, e, exemplifica o porquê,

[...] nós temos um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, que não serve pra nada [...] recebe 30 mil reais todo mês do Ministério [...] e não faz nada, não serve pra nada pro Trabalhador em Saúde na cidade de Manaus, não existe nenhuma atenção especializada pro Trabalhador da Saúde. A ManausMed é capenga, eu por exemplo, sou diabético e hipertenso, e a maldita da ManausMed, só tem salvo engano, 2 endocrinologista...você passa no endocrinologista depois de esperar 4 ou 5

³⁸ Início das atividades se dão a partir da deliberação da 1ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador, realizada no ano de 2005, para maiores detalhes vide: Cartilha da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador da Regional Manaus, setembro de 2009.

meses... Ele te pede uma bateria de exames, e aí você vai conseguir agendar com Ele dali a 6 meses, e aí os teus exames já não servem para nada. (R.T.S.2)

Em linhas gerais, ante a leitura, análise e cruzamento das entrevistas realizadas e deliberações ocorridas, nos dois últimos anos da gestão (2013 e 2014) no interior do CMS, não se vê uma política mais abrangente em relação ao Recursos Humanos, apesar de a folha da SEMSA registrar um percentual de 70,31%, ou seja, R\$ 349.383.189,94 - em despesas com gastos de pessoal e encargos sociais, ainda se vê poucas ações são partilhadas, voltadas efetivamente para gestão do trabalho no município de Manaus.

Como se pode observar, até mesmo os mecanismos instituídos, CIST e CEREST, encontram-se fragilizados em função da ausência de apoio institucional, o que é um contrassenso, pois na ordem prática deveria dá um maior suporte aos trabalhadores em saúde no SUS.

Dando continuidade a estas situações pendulares, há que se pontuar, de acordo com as diretrizes quanto à implantação e implementação da Gestão do Trabalho em Saúde, assim como as falas dos representantes/conselheiros, há um consenso que um dos componentes a serem priorizados para de fato alcançar avanços no âmbito dessa política, reside justamente, na qualificação dos gestores, bem como técnicos, tendo em vista a necessidade do fortalecimento do controle social neste segmento.

Para tanto, é imprescindíveis a elaboração de material didático e a realização de oficinas, cursos presenciais ou à distância, por meio das estruturas formadoras existentes. O que reforça a premissa dos investimentos na formação profissional e na educação permanente na gestão do trabalho em saúde, uma vez que assumem relevância estratégica no processo de descentralização da saúde, especialmente, no que se refere aos desafios de implantação/implementação da RENAST39 (BRASIL, 2006; AYRES & SANTOS 2011, apud VIRGÍNIA JUNQUEIRA et al, 2011).

Partindo deste pressuposto, questionou-se sobre este universo, isto é, a situação da Educação permanente e o processo de trabalho em saúde no município de Manaus, que segundo a visão dos entrevistados/representantes/conselheiros, em suas respectivas verbalizações, assumem contextos diferenciados.

³⁹ Portaria/MS nº1.679/19/09/02 - Instituiu a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador-RENAST, cujo a função consiste em orientar e definir a implantação de Unidades Especializadas de retaguarda técnica para as ações de Saúde do Trabalhador no SUS denominadas de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-CEREST.

SUBCATEGORIA (s)	Gestão do Trabalho
QUESTÃO NORTEADORA	Educação permanente e o processo de trabalho em saúde no município de Manaus
ENTREVISTA (S): Nº 01 e 02	Representante dos trabalhadores dos SUS - (R.T.S.1) e (R..T.S.2)
FALA DA (S) ENTREVISTA (S)	
Entrevista Nº. 1 - Representante dos trabalhadores dos SUS - (R. T.S.1)	
<p>[...] <i>a política de educação permanente do âmbito da secretaria municipal de saúde, eu acho ela muito fraca</i>, por que, como eu te falei, prepara um curso pra atender 30 enfermeiros, pra atender 150 profissionais de modo geral, e o universo numérico de servidores da secretaria municipal de saúde é na ponta ... nós temos aproximadamente 11 mil e pouco no todo. Mas na ponta, a agente deve ter o quê, uns 8 mil mais ou menos...de 8 a 8500, e não alcança... tem servidor que entrou em 2005, e até hoje não fez um curso [...]</p> <p>Entra na programação anual de saúde, aí as ações de educação permanente, quais são? <i>Há curso disso, curso daquilo outro...</i> aí você vai para o público alvo e vai quantificar isso, você vai ver que não vai chegar...vai chegar a um percentual muito pequeno em relação a quantidade de servidores que estão de fato na ponta. E aí é sempre curso voltado para enfermeiro, <i>quer dizer só enfermagem que precisa ser treinada?</i></p>	
Entrevista Nº. 2 - Representante dos trabalhadores dos SUS - (R.P.T.S.2)	
<p><i>Educação permanente também algo que é uma mudança muito grande, acredito que 70% dos profissionais da saúde de hoje tem nível superior ou está cursando</i>[...]</p> <p><i>Aquelas pessoas que entram hoje, digamos num concurso, que entraram, eles são treinados e aí tem uma outra formação, embora já tenham uma formação acadêmica, ele é treinado pra novos cursos, pra melhorar dentro da educação permanente</i>, e isso é bom, por isso que o trabalho está melhorando eu não sei te falar hoje do estado, assim afundo, por que eu não estou no estado como conselheira.</p>	

Como se pode observar, a problemática com relação a educação permanente no contexto da entrevista nº 01, é vista como frágil e insipiente, no entanto, na fala da entrevista nº 02, a questão chave gira em torno da disposição dos profissionais em participar das ações realizadas pela Secretaria.

Nesse contexto, compete a leitura que este é um campo que contempla visões diversificadas, ao passo que os sujeitos, isto é, representantes/conselheiros entrevistados ocupam e congregam vivências diversificadas no tempo e no espaço, d exercício de suas respectivas profissões no âmbito do SUS.

Nesse sentido, para uma melhor compreensão do respectivo cenário, recorreu-se ao Relatório Anual de Gestão da Semsa do ano de 2013, onde fez-se um apanhado geral das metas programadas e metas alcançadas (quadro nº 21) ⁴⁰ durante o respectivo ano para que assim se tivesse uma visão panorâmica da ação da secretaria no tocante a Educação permanente e, por conseguinte, os reflexos destas no desenvolvimento do trabalho em saúde, isto é, capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população.

Quantidade de ações voltadas para Educação Permanente	Público-alvo	Público alcançado
35 ações de capacitação	5.158	5.817

Quadro nº 20 – Capacitações realizadas com os Trabalhadores no ano de 2013.

Fonte: RAG/2013.

Elaborado pela autora.

Ressalta-se que essas ações foram executadas no interior das diretrizes, Desenvolvimento e fortalecimento da Promoção em Saúde e Aperfeiçoamento e Ampliação da Atenção primária em Saúde, o que significa estas ações alcançaram diversas categorias profissionais, entre elas, medicina, enfermagem, técnicos, agentes de saúde e outros.

Com temáticas diversas tendo como base nas metas postas pelo Pacto Pela Saúde (universal e específicas) e os tipos de atenção em saúde, onde estão alocados diversos públicos-alvo, que englobam: abordagem breve, bem como tratamento do fumante; atendimento multidisciplinar a vítima de violência doméstica, sexual e outras violências; equipes de promoção da alimentação saudável; triagem auditiva dos profissionais de saúde/escola onde o PSE foi implantado; em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes; saúde da população negra; diagnóstico de HIV e sífilis; abordagem sindrômica; controle da tuberculose; suspeição, diagnóstico e tratamento de hanseníase; vigilância epidemiológica e outros inerentes para promoção, proteção e recuperação da saúde da população manauara.

Com base nas ações supramencionadas no quadro acima e nas falas dos representantes/conselheiros entrevistados, é possível verificar, que apesar de ambos partilharem de visões (conceito) divergentes acerca da qualidade da Educação Permanente no município,

⁴⁰ Para construção do referido quadro, foi feito um filtro no relatório no que tange as metas que constavam as palavras “qualificar e capacitar”, de onde se tem o respectivo universo, ressalta-se que, em dois momentos, algumas metas foram lançadas sob a forma de percentagem, no qual estes foram transformados em números absolutos, o que pode ligeiramente modificar o resultados oficiais contidos nos relatórios fornecidos pelos departamentos responsáveis, daí a adoção da linguagem “aproximadamente” nas subseqüentes arguições a cerca do universo apresentado.

em alguns momentos, há um espécie de consenso quando discursam que as coisas precisam mudar, que é preciso uma mudança de paradigma, por parte da gestão no que tange ao direcionamento das ações, uma vez que o número de capacitações ainda é bastante restrito frente ao universo de trabalhadores, nº de capacitações aproximadamente 5.817, em contrapartida a secretaria tem um registro de um total de 21.477 profissionais vinculados a SEMSA.

Assim como também, a visão de que é necessária mudanças de pensamento por parte dos segmentos profissionais que precisam empreender novas atitudes e sair do círculo vicioso, uma vez que estes são sem sombra de dúvidas o público-alvo dessas ações.

Ainda tem muita deficiência, porque assim as pessoas foram treinadas assim o serviço público é algo assim que eu atendo se eu quiser, deixa pra lá, - e não é isso. [...] já diminuiu muito, essa humanização [...] o trabalhador está mais humanizado [...] (R.T.S.2)

[...] E aquela questão, da pessoalidade, *a enfermeira manda o agente comunitário que ela gosta, tem nego aí, que tem pilhas e pilhas de certificados de curso* [...] (R.T.S.1)

Existe uma dificuldade profissional medica, por exemplo, foge mais do que marreco [...] *you tenta empurrar um médico pra fazer um treinamento[...] ai eu fico com pena dos técnicos da educação permanente, porque é uma dificuldade que esses caras tem de participar* [...] (R.P.T.S.1)

Apesar de não haver tantos investimentos e incentivos por parte da gestão, na entrevista de nº 02, a visão do representante/conselheiro entrevistado é que o trabalhador da saúde tem buscado se qualificar,

[...] hoje eu já enxergo de outra forma, assim, a que trata mal, existe sim, os tratamentos, mas é muito pouco, porque hoje o olhar é muito diferente, muito diferenciado *embora ele não tenha esse estímulo pra estudar nem nada, mas ele está buscando e isso é muito bom.* (R.T.S.2)

Contudo, o representante/conselheiro que compôs a entrevista nº 02, retoma a problemática assinalada na questão norteadora anterior, que diz respeito a não valorização do trabalhador de saúde, ao mencionar que o trabalhador tem procurado se qualificar, capacitar, todavia, não há um reconhecimento por parte da gestão dessa mudança, especificamente falando, em termos de recomposição salarial dos trabalhadores, sobretudo, daqueles que se encontram fora dos regime de proteção social, o que dificulta e trava muitas vezes na visão do mesmo o desenvolvimento da Educação Permanente no município.

O tratamento é outro porque quando a pessoa começa a estudar ele começa a se modificar também, e tanto no Estado, como Município, *só que não há nada relevante em relação a isso para o profissional, ele vai formar e ficar frustrado*, por que ele não vai receber, só através de concurso, a gente sabe é lei federal.

[...] *ele também está desestimulado - pelo seu nível superior, pela sua formação e não ter apoio nenhum financeiro em relação ao seu trabalho, não tem um estímulo, não tem assim um*. Que eu acho que deveria ter uma busca de melhorar, se a pessoas tem nível superior ele já tem 20 anos, 15 anos sei lá...ele melhorou, ele tem assim uma ajuda, sei lá alguma coisa que a própria gestão “ajuda-se” ele a melhorar mais, porque se você trabalha com amor, você está mais satisfeito, você produz melhor, trata melhor e humaniza mais o trabalho. (R.T.S.2)

Nesse contexto, corrobora-se com as sinalizações do CONASS (2011), quando diz que incide, pois, a necessidade da convergência de esforços especiais das equipes dos setores responsáveis e dos gestores como um todo, na construção de alternativas que avancem em propostas e atualizem as estruturas ligadas a gestão do trabalho em saúde.

De acordo com CONASS, uma das questões chaves, nos dia atuais, se concentra em pensar os benefícios como forma de composição da remuneração do trabalhador, haja vista que essa política já vem sendo discutida no mundo do trabalho sob a forma de sistema de benefícios e incentivos aos trabalhadores, de onde emerge o resgate de temas como, o auxílio à formação profissional/pessoal dos trabalhadores e seus dependentes, auxílio pré-escolar ou creche e outros, questões estas, que precisam ser aprofundadas pelos coordenadores da gestão do trabalho nas instituições, inclusive para subsidiar os gestores nos debates entre governo e trabalhadores, com dados e matérias atualizadas (idem).

Prontamente, na visão representante/conselheiro que compôs a entrevista nº 01, a questões que perpassam a Educação Permanente se resolverão quando a gestão sentar e planejar as ações junto com o CMS e o usuários, uma vez que estes terão a oportunidade para expor as demandas da população usuária dos serviços.

[...] *é um processo que necessita ser disparado, ser iniciado, pela gestão dentro do que eu acabei de te dizer que é a necessidade dos departamentos de Recursos Humanos e educação permanente da Secretaria Municipal de Saúde* elaborarem um plano de ação anual e mandar para o Conselho Municipal de Saúde para discussão, pra que o usuário seja compelido a discutir esse assunto.

[...] eu entendo o seguinte, *na minha opinião o Departamento de RH da Ciência e a GESAL que cuida dessa questão da Educação Permanente eles tinham que apresentar todo ano pro Conselho Municipal de Saúde um plano de ação pra gente aí sim ter a participação do seguimento usuário no planejamento da discussão dessas ações da educação em saúde, educação permanente dos servidores pra poder contemplar as necessidades da população*, mas isso não acontece, isso não existe. (R.T.S.1)

Pois na sua visão, o usuário é quem mais sofre as consequências de um planejamento fragmentado nas ações em saúde - educação permanente, exemplificando, por exemplo,

*A forma como o hipertenso e o diabético é atendido na cidade de Manaus ela é muito fraca. Eu não tenho notícia de nenhuma Unidade Básica de Saúde de Manaus ou de algum profissional médico que atenda um diabético e diga assim "deixa eu ver seu pé?" , "como é que está a sua alimentação?", eu não vejo a existência do profissional nutricionista pra atender o hipertenso e diabético, que precisa além da medicação de uma dieta... "agora ele vai pro pai dos burros que é o google", hoje, pra criar uma dieta pra si...vai digitar lá no google dieta para diabético, [...] não, não tem um atendimento, não tem nutrólogo, nem nutricionista na rede pra fazer esse atendimento, **você vai verificar quantos nutricionistas tem na rede, se tiver 10 é muito...e desses 10 pelo menos 5 estão em atividades meio, não estão na atividade fim.** (R.T.S.1)*

Nesse sentido, compete a leitura que a ação educacional não se resume em propiciar capacitação de forma pontual ao trabalhador em saúde, para além disso as ações no âmbito da educação permanente, devem ser problematizadas, planejadas e executadas, como uma forma estratégica de mudança no interior das ações e relações de uma determinada instituição de saúde, e por assim ser, corrobora - se com as sinalizações de Brasil (2009, p. 40), quando diz que,

- ✓ Nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas estas ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de educação permanente;
- ✓ A educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso. No âmbito de uma estratégia sustentável maior, podem ter um começo e um fim e serem dirigidas a grupos específicos de trabalhadores, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional;
- ✓ Finalmente, todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere.

Assim sendo, a partir do universo apresentando, infere-se que o grande desafio da Educação Permanente no município de Manaus reside justamente, em entender essa política dentro de uma concepção mais ampla, numa perspectiva de ação coletiva capaz de mudar e moldar a grande e a pequena gestão e seus respectivos modelos de atenção, por meio da participação ativa (de gestores, trabalhadores e usuários do SUS) numa ação compartilhada, entre Estado, Município e suas atinentes localidades de saúde (BRASIL, 2009).

Como se pode observar, em toda a discussão apresentada desde o início deste estudo, o usuário deve ser parte integrante deste processo, uma vez que a participação deste é

imprescindível para que ocorra mudanças no modo de se gestar e operacionalizar a política de saúde de forma partilhada, compartilhada e solidária do SUS no município de Manaus.

Nesse sentido, o próximo sub-tópico trará a cena a visão dos representantes dos usuários, isto é, dos representantes/conselheiros municipais e locais, para de modo se possa reconhecer o peso das ações suscitadas por este segmento na gestão, no controle e, sobretudo, no movimento crescente da participação social nesse conjunto.

4.1 “VOZ E VEZ”: O QUE PENSAM OS REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS DO SUS?

De acordo com os pactos⁴¹ o usuário, assim como trabalhador, é um dos elementos chaves para se pensar o fortalecimento das ações no âmbito do controle social propriamente dito, não obstante, neste momento, será traçada a discussão sobre desdobramentos do Pacto de gestão, agora com ênfase no elemento - 7. Participação Social e Controle Público do Sistema, uma vez que integra a centralidade das categorias analíticas deste estudo, de onde será construída codificadamente, a visão dos usuários do SUS, sobre o controle e participação social direta/ indireta do CMS/MAO na gestão da política de Saúde no município de Manaus.

Antes de adentrarmos nos resultados e análise das falas deste segmento, há que pontuar que apesar de haver uma aposta muito grande de participação da sociedade civil no âmbito da agenda pública e, propriamente, das classes subalternizadas nesse processo, ainda assim, é preciso ter em mente que, nos dias atuais, incide os usuários não se fazerem presente no campo da discussão do controle social de modo assegurar seus interesses como questões políticas que demandam ações e respostas concretas por parte do poder público (SIMIONATTO & NOGUEIRA, 2006, apud SIMIONATTO 2009).

⁴¹ O Pacto pela Saúde se apresenta enquanto em um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre União, Estados e Municípios em prol da defesa do SUS. Este processo se dá por intermédio da adesão das três esferas ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que renovado anualmente substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. Este é composto pelo) **Pacto da Defesa do SUS** - Que compreende a reafirmação a fidelidade de todos com o sistema público que garanta a equidade e o acesso universal e a demonstração de que os recursos financeiros existentes são insuficientes para a materialização dos princípios constitucionais; **b) Pacto pela Vida** - Constitui-se por um conjunto de compromissos sanitários, que deverão expressar uma prioridade inequívoca dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um; e **c) Pacto de Gestão** - A qual estabelece as responsabilidades claras de cada ente federativo de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais evidente quem deve fazer o quê, contribuindo com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS (BRASIL, 2006)

O campo de debate e desenvolvimento do controle e, efetivamente, da participação social, requer dos grupos de indivíduos, neste caso, dos usuários, na pessoa de seus representantes/conselheiros, o incremento de potencialidades, de aprender a apreender a participação via capacitação política e organizacional de modo a empreender formas de ação capazes de influir propositiva na condução da política de saúde no interior do CMS/MAO, uma ação tão necessária para manutenção da vida e dignidade humana da população no que se refere a qualificação dos serviços ofertados no âmbito da atenção básica em saúde na cidade de Manaus.

Assim sendo, o exercício do controle social, sobretudo, pelo segmento representativo do usuário, é tomado como um verdadeiro desafio, uma vez que esse espaço público na sua abrangência, é uma porta aberta que permitir qualificar a comunidade no exercício da gestão democrática, o que permite desconstruir concepção arcaicas e errôneas de que as atribuições de um conselho são competências privativas dos técnicos governamentais e das entidades prestadoras de serviços (BIDARRA, 2006).

Um dos elementos chaves para que este processo aconteça, reside justamente, na questão da paridade da representação no âmbito dos conselhos gestores, uma vez que ausência desta, pode caracterizar profundas desigualdades e reposição das hierarquias no interior neste espaço público.

Assim sendo, a paridade em si, para Bidarra, não se esgota no número e/ou percentual de assentos destinado a representação do segmento usuário, pelo contrário, a lógica de pensamento em torno desta questão reside numa conotação muito mais complexa, onde circunscreve-se pois a necessidade da capacidade dos sujeitos de se estabelecerem acordos contingentes entre si, em torno das demandas específicas.

Essa questão, assume notoriedade durante a aplicação das entrevistas com os sujeitos, isto é, representantes/conselheiros, em dado momento, quando questionou - se acerca do peso *político das ações deliberadas pela representatividade dos usuários no processo de tomada de decisão no interior do Conselho Municipal de Saúde*, de onde se obteve as seguintes verbalizações:

Entrevista de nº 01- Primeiramente é o seguinte, na verdade como nós somos os usuários, nós somos os primeiros a receber a porrada, nós somos os da ponta, é como um trabalhador da saúde. O que a gente faz enquanto representante de usuário? A gente sente a situação da realidade, conversa entre os conselhos locais, pois existe um conselho organizado em uma determinada unidade que é solicitado pela população organizada, aí se cria essa reunião, daí levanta o que tá acontecendo [...] aquilo que a gente está sentindo na realidade, a gente passa isso pro conselho! [...] quando a gente delibera da base, do conselho local de saúde que vai pro conselho municipal de

saúde, muitos não são aprovados. Por que além da burocracia, da questão da administração pública, a gente encontra um gargalo que se chama política, organizações políticas [...] *você fala, fala, fala, as demandas chegam, mas não são discutidas, a maioria delas, são apenas registradas numa ata do CMS/MAO*, no ano de 2014 houveram muitas demandas, principalmente em termos de manutenção e RH, na verdade, essa é uma demanda desde 2010, só que eu acho que agora ficou um pouquinho mais de caos, agora ficou pior. (R.U.S.1)

*Entrevista de nº 02 - [...]*O peso maior que eu vejo em nós usuários nas deliberações, é que nós vivemos os problemas no dia a dia, nós trabalhamos na ponta na questão da fiscalização, nas questões das demandas que nós sabemos que existe nas unidades de saúde, na saúde como um todo, e isso nós como usuários procuramos trabalhar, procuramos viabilizar pra que essas questões sejam resolvidas[...] (R.U.S.2)

*Entrevista de nº 03 - [...]*então acredito que **a representatividade dos usuários tu já sabe que 50%, 25% gestores, 25% trabalhadores...então a grande massa hoje é os usuários, porém nem todos eu acredito que estejam preparados para estar aconselhando** [...] com relação a peso político, tem sim, nós influenciemos diretamente é...no que diz a lei e as demandas dos usuários, que no caso, somos nós, participando diretamente, com algumas restrições sim, há sim, por exemplo, tem situações que chegam no conselho que não passa pelo próprio colegiado, aí chega aí...de não tomarmos conhecimento, aí pra falar na linguagem bem popular, ficamos de "mãos atadas", mas na maioria das vezes nós participamos diretamente nas decisões...olhamos os planos, até por que a minha comissão é finanças...tem que acompanhar direitinho [...] (R.U.S.3)

Entrevista de nº 04 -O conselho municipal de Manaus é paritário, é um órgão deliberativo, aonde o usuário ele tem 50 % do assento no colegiado, enquanto é 25% trabalhadores, e 25% gestores. Então, com essa demanda que nós temos de **50% pesa, por que nós tiramos a decisão entre a gente e leva pro colegiado na hora da assembleia, por isso que a gente as vez... por isso as vez não, a gente sempre tem êxito nos nossos questionamentos, tá.** [...] (R.U.S.4)

Como se pode observar nos recortes das falas nas entrevistas, os representantes conselheiros possuem visões dispares quanto a expressão, isto é, o peso político do segmento no interior do CMS, que por ora, assumem a conotação de - existência, não existência e até mesmo inexpressividade - no processo de tomada de decisão.

Nota-se também que pelo menos dois dos representantes/conselheiros entrevistados - entrevista nº 03 e, respectivamente, nº 04, mencionam a questão da paridade, isto é, a questão dos números de assentos, o que na sua essência não assegura o peso político, não em sua integralidade como fora dito anteriormente, como bem denota e reafirma a fala do de um dos representantes/conselheiros em questão.

Prontamente, na visão do representante/conselheiro, entrevista nº 01, essa dificuldade de se estabelecer peso político no processo de tomada de decisão é fruto de um conjunto de fatores onde estão postas, sobretudo, a burocracia - típica da administração pública, mas não somente ela, para este, o maior dificultador da representatividade do segmento no interior do CMS/MAO é justamente,

[...] um gargalo que se chama política, organizações políticas. (R.U.S.1)

Durante o desenrolar da sua arguição, no tocante a esta questão norteadora, *o peso político das ações deliberadas pela representatividade dos usuários no processo de tomada de decisão no interior do Conselho Municipal de Saúde*, o respectivo representante/conselheiro é taxativo ao mencionar que,

“Essas organizações”, elas tentam manipular certas decisões, entendeu? E a aí essas decisões elas vão lá para as conferências, por que através das conferências que a gente tenta posicionar o que os usuários desejam o que fosse ser melhorado na saúde, mas aí a gente entrava nessas pessoas [...] ***infelizmente, o nosso gargalo ainda é a questão política, a questão partidária. Existe pessoas dentro que são vinculadas a partidos, e querem defender o seu coletivo entendeu?*** (R.U.S.1)

A fala em questão corrobora na situação abordada anteriormente pelo representante/conselheiro entrevistado, do segmento Trabalhadores do SUS, sobre a existência da personificação, dos confrontos de personalidades no CMS/MAO, o que contraditoriamente, reafirma a realidade de coerção e a cooptação no interior do CMS, que prejudica a construção de projetos coletivos realmente voltados para a manutenção, bem como melhorias a prestação de serviços de qualidade a população do município de Manaus.

Infere-se, portanto, mediante a este cenário, que ainda prevalece no interior do CMS/MAO, como já fora mencionado, um Estado ampliado, que mantém em sua retaguarda isto é, moldes e traços arcaicos no modo de se gestar a política pública e, concomitantemente, de se fazer controle social, o que é no mínimo questionável, uma vez que tal ação prejudica e trava o processo de consolidação de uma ação política voltada de fato para a construção de espaços públicos e democráticos, desconstruindo a possibilidade de melhorias na prestação dos serviços à população.

Outro fator que merece destaque na fala do representante/conselheiro da entrevista nº 01, reside justamente nos termos de organização ou não deste segmento nos bastidores, ou até mesmo, a falta de foco nos interesses coletivos, na contrapartida aos individuais/pontuais, o que pode trazer a cena, mesmo que de forma breve e insipiente, possíveis causas para ausência e/ou inexpressividade do peso político por parte do segmento no ato da tomada de decisão no colegiado (órgão máximo de deliberação/soberano) quando diz que:

[...] a organização política tem aqueles empates, um puxa pra um lado, outro puxa pra outro, e acaba não resolvendo nada. Aí quem pega, na verdade que tem maiores problemas, somos nós, os usuários, nós que tamos na ponta, estamos sofrendo ali...

[...] é uma “frescura”, desculpa eu falar, é uma “frescura” de poder, por conta do status quo ...Então assim, *é uma briga pra você ter um status, pra você ser reconhecido entendeu? Não sou vinculada a nenhum partido político, sou militante* Então, o que eu puder participar, fazer a participação, ser a protagonista da minha história, da nossa história, eu vou tá, então é isso! (R. U.S.1)

Reafirma-se, portanto, o fato de “*ter parte*”, seja na esfera do conselho, até mesmo nas conferências não assegura os anseios dos usuários no processo da tomada de decisão, haja vista que muitas questões não passam sequer pela apreciação dos representantes/conselheiros respectivo segmento, tampouco pelos usuários propriamente dito.

[...] *as decisões tão sendo tomadas no patamar, nos escritórios, nas conferências a população fala, mas é a mesma coisa* [...] (R. U.S.1)

[...] *tem situações que chegam no conselho que não passa pelo próprio colegiado, aí chega aí...de não tomarmos conhecimento*, aí para falar na linguagem bem popular, ficamos de “mãos atadas” [...] (R.U.S.3)

O que reforça a noção de que no interior do CMS/MAO pouca coisa avançou, sobretudo, no campo das deliberações, apesar das mudanças no plano legal, os representantes/conselheiros, em suas respectivas atribuições e atuações ainda se inserem muito mais no âmbito das fiscalizações das ações gestadas pelo Estado, como bem denota a fala abaixo (grifo).

[...] *O peso maior que eu vejo em nós usuários nas deliberações, é que nós vivemos os problemas no dia a dia, nós trabalhamos na ponta na questão da fiscalização, nas questões das demandas que nós sabemos que existe nas unidades de saúde, na saúde como um todo, e isso nós como usuários procuramos trabalhar* (R.U.S. 2)

Infere-se, portanto, que ao contrário da perspectiva gramsciana, as ações e representações no interior do CMS, na pessoa dos conselheiros do segmento o usuário, não se consolidam, não necessariamente, dentro de uma perspectiva de arena e conflito, e por, conseguinte, as ações não podem ser tomadas como consensuais e hegemônicas, haja vista que não se consegue assegurar o exercício da democracia deliberativa.

Logo, compete o entendimento que a representatividade em si no interior do CMS, não está “em pé de igualdade”, sobretudo, quando se fala do segmentos dos usuário, percebe-se que nem “*todos tem voz e peso igual*” (Cohen, 1997 apud Costa, 2001) no processo de tomada de decisão conforme denotou as falas dos sujeitos entrevistados.

Como se pode observar, as relações ainda se configuram, muitas vezes, de forma verticalizada, e por assim ser, não se pode constituir de fato uma democracia deliberativa, em função disso, não se tem um resultado legitimamente democrático.

Isso significa dizer, nas palavras de Duran & Gerschamn (2014), que a dinâmica da imposta a participação social propriamente dita, poder estar gerando o controle do processo decisório somente em nível da gestão, o que faz com que o espaço conselheiro, seja mero meio de homologação das agendas de políticas propostas pelo nível do poder executivo.

Corroborar-se, portanto, com as sinalizações de Cohen (1997 apud Costa, 2001), quando marca com sinais que, a decisão pública para ser válida, ela precisa estar ancorada no bem comum, a despeito dos interesses (individuais), estes podem até existir, contudo, devem ser justificados e redefinidos dentro de uma nova identidade nos espaços decisórios, o que requer, uma ampla discussão e argumentação para que assim, o mesmo possa se tornar uma agenda entre tantas agendas alternativas postas (demandas).

Mediante a esta conjuntura, há o entendimento que a participação efetiva da sociedade civil, na contemporaneidade, no exercício do controle social, e, especificamente falando, no município de Manaus ainda se espraia em um processo de aprendizagem por parte dos sujeitos operantes, haja vista que participação está relacionada estritamente à cultura política, que na realidade brasileira, ainda detém resquícios de relações patrimonialistas, que enfraquece a autoconfiança e vocaciona a população a entender as ações no âmbito do controle social como “ajuda” e não como direito conquistado e garantido nos elementos jurisdicionais. (CARNEIRO, 2006)

Daí resulta a necessidade de entender o conselho dentro de uma perspectiva dinâmica, que envolve na ordem prática relações de conhecimento, poder e capacidade de articulação, o que requer da representação em si muita clareza do seu papel, principalmente, no que tange ao comprometimento ou não, com o segmento que elegeu (usuário da zona que representa), com a coletividade (usuários do município) , assim como também, com seus pares, o que pode abater a noção de fortalecimento, assim como também o consenso das questões que perpassam o interesse coletivo dos usuários propriamente ditos.

Essas e outras questões pendulares, são reforçadas quando se abordou a noção de equidade na participação dos usuários nas interfaces Gestão - Controle Social, quando se se questionou sobre as *Condições de acesso e de exercício da participação do segmento usuário nas interfaces na gestão-controle social*, de onde se obteve o seguinte agrupamento de falas.

*Entrevista de nº 01 - [...] pro conselho, pra que ele possa deliberar uma ação, concretizar algo de fato, o **conselheiro tem que cobrar lá dentro, por que ele é o representante daquela zona, mas mesmo com ele cobrando, mesmo ele pegando no pé do Presidente, cobrando na secretária, ele mesmo assim, ele ainda entra na parede da política** [...] (R.U.S.1)*

*Entrevista de nº 02 - [...] eu **vejo que tem que melhorar muito certo, por que muitas vezes se está no papel, não se cumpre as metas** [...] a gente participa das conferencias, se elabora uma série de propostas, e vem outra conferencia, se fala a mesma coisa, **se elabora um monte de proposta...então eu acho que o que tem que ser feito - crie mecanismo pra que essas propostas sejam colocadas em prática** [...] (R.U.S.2)*

*Entrevista de nº 03 - [...] **conselho municipal tem que haver uma melhor programação, uma melhor participação, um melhor incentivo**, né por que todos nós usuários somos voluntários, e todos os gestores também são voluntários, todos os trabalhadores também são voluntários, porém é **...as condições mínimas necessárias pro conselho andar, baseada na lei, hoje tá escassa no município**.[...] por exemplo, todos os setores na SEMSA, hoje tem os seus carros rodando legal, e nós temos duas kombis, e uma passou mais de 15 sem funcionar né. A refeição, ela não existe, essa refeição que hoje existe no CMS/MAO, é pra esse trabalho das pré-conferencias especificamente, não há, não há.... Ah, mas o transporte? Não existe! Já houve uma época de 2007 a 2011 houve, por uns 2 ou 3 meses também, e aí foi cortado. (R.U.S.3)*

*Entrevista de nº 04 - **Aquilo que ti falei na paridade sim, na ordem prática não**. Você falou no ponto chave, você falou em política, **quase toda gestão ela, ela trabalha, ela faz um controle social mais pensando na política partidária lá do próximo ano que vem, então ela não quer abrir a chamada "guarda" pro usuário**, pro da ponta, por isso que a gente tem um embate muito grande na hora das decisões é isso, por grupos, com certeza absoluta, há um privilegiamento da área urbana sobre a rural, eu não sei qual é o motivo...que existe a igualdade humana, da humanização...[...] (R.U.S.4)*

A equidade, conforme dispositivos legais, parte do princípio de “tornar iguais os desiguais”. Nesse sentido, essa perspectiva sem sombra de dúvidas é uma das palavras chaves para se “pensar”, “fazer” e “consolidar” uma política de saúde de cunho, verdadeiramente, democrática e mais abrangente no território nacional e local.

Portanto, a implementação dos Pactos em si, sobretudo, o de Gestão ⁴² enfatiza a necessidade de situar as responsabilidades coletivas por resultados sanitários, em função das necessidades de saúde da população, premissa, que é reiterada durante a assinatura do Termo de Cooperação entre as três esferas de gestão, que define o termo equidade com uma das prioridades no processo de planejamento no SUS (BRASIL, 2011).

⁴² Uma das expressões deste processo, é vislumbrado sob forma Gestão Estratégica e Participativa, que na sua integralidade, constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, a educação popular, a mobilização social, a busca da equidade, o monitoramento e avaliação, a ouvidoria, a auditoria e a gestão da ética nos serviços públicos de saúde. (Brasil, 2007).

A partir dos Pactos, sobretudo, o de Gestão, o planejamento passa ser um elemento chave do modo de se direcionar as ações em saúde, nesse processo, gestores, trabalhadores, sobretudo, usuários são convocados, a sentar e juntos, planejar o direcionamento da política de saúde em suas respectivas localidades. Para tanto, têm-se como elementos direcionadores, os planos municipais, as programações anuais e os relatórios de gestão - questão essa aludida no capítulo anterior, ora reforçada, neste momento, na verbalização do representante/conselheiro na entrevista de nº 01.

Assim, em relação as decisões, existe um plano que é plurianual de 4 em 4 anos, e esse plano é discutido todos os anos. Um por um, anualmente, existe as metas, essas metas, em cima do que já foi feito nas conferências e mais os outros planos que foram realizados pela própria secretaria que faz os projetos, elabora os projetos, fazendo as suas avaliações [...] (R.U.S.1)

Esses instrumentos são, portanto, o ponto de partida para se problematizar e operacionalizar a “noção de equidade”, nas condições de acesso e de exercício da participação do segmento usuário, no ato de planejamento das ações em saúde no município de Manaus, uma vez que o fortalecimento do controle social efetivo, perpassa, pela capacidade dos usuários de propor e, concomitantemente, avaliar as políticas de saúde, independentemente, dos níveis de gestão (BRASIL, 2007).

Contudo, como se pode observar nas falas dos representantes/conselheiros, no agrupamento dos recorte de falas das entrevistas supramencionadas, é notório que mesmo havendo toda uma diretriz para execução do planejamento das ações, ainda assim, persistem dificuldades múltiplas por parte dos conselheiros no exercício do controle social, que novamente, resvala nas barreiras políticas; na ausência de operacionalidade do que foi decidido, pactuado (metas previstas e alcançadas), que inviabilizam muitas vezes, a participação, e, por conseguinte, a equidade no espaço decisório do CMS.

[...]o representante daquela zona, mas mesmo com ele cobrando, mesmo ele pegando no pé do Presidente, cobrando na secretária, ele mesmo assim, ele ainda entra na parede da política [...] (R.U.S.1)

[...] eu vejo que tem que melhorar muito certo, por que muitas vezes se está no papel, não se cumpre as metas [...] (R.U.S.2)

[...]quase toda gestão ela, ela trabalha, ela faz um controle social mais pensando na política partidária lá do próximo ano que vem, então ela não quer abrir a chamada "guarda" pro usuário, pro da ponta, por isso que a gente tem um embate muito grande na hora das decisões é isso [...] (R.U.S.4)

Isso significa dizer, que a simples pactuação e a existência desses instrumentos de planejamento, não garantem em si, o acesso e a participação do usuário no exercício do controle social, pelo contrário, quando não se assimila a essência destes, há um tendenciamento a uma perspectiva de esvaziamento dos espaços públicos de participação, o que nas via de fato, rechaça a centralização política e burocrática, assim como também, a hierarquização dos processos decisórios referentes às políticas sociais. (FLEURY, 1994 *apud* DURAN & GERSCHAMN, 2014, p. 891)

Nessa perspectiva, incide a necessidade de fortalecer as condições de acesso e exercício da participação no âmbito do controle social no município de Manaus, haja vista que a prerrogativa da representatividade no interior desses espaços públicos reside justamente em possibilitar a construção de algo novo para aprimoramento das ações em saúde, e por assim ser, para que se possa deliberar politicamente, é de suma importância desconstruir atuação hierarquizante que legitima as ações e resoluções da “grande gestão”, que na contrapartida, em sua grande maioria, esvazia o sentido de sentido do papel dos representantes/conselheiros no interior dos espaços decisórios, neste caso, o CMS/MAO.

Parafraseando Ferraz (2006), esse esvaziamento comprova que a concepção da participação na realidade do país ainda se fundamenta em uma perspectiva restrita e elitista, uma vez que ainda incide o privilegiamento dos modelos tradicionais de processamento que fundamentam, na maioria das vezes, no seio dos espaços públicos, a exclusão dos movimentos sociais e entidades representativas da sociedade civil, ao passo que em muitas situações, os acordos estabelecidos mudam repentinamente, sobretudo, nas esferas do Executivo e Legislativos, o que ferem, na ordem prática, as resoluções tomadas no conselho.

Cenário este bastante claro e evidente, na entrevista nº. 4, quando o representante/conselheiro, sinaliza que não sabe ao certo, o porquê da gestão, não ter dado continuidade as ações e o alcance das metas estabelecidas na Rede Saúde Manauara, conforme denota o desenho e progressões aludidas nas figuras de nº. 02, 03 e 04, presentes no tópico 3.4.

[...] Sobre a Rede Manauara, nobre, eu vou ficar ti devendo, é...isso era um recurso que já existia, que estava consolidado pra fazer as reformas como um todo, é tanto na parte estrutura, quanto na parte física né, e funcionários, isso não aconteceu...eu não sei... olha como gestão, na 14ª conferência nós conseguimos aprovar, isso em plenária, lá no governo federal, a recuperação, a reforma das unidades de saúde rural, como um todo, mas em contrapartida, ainda agora, o secretário falou ali, que está esperando fazer emenda pros parlamentares, pra tirar esse recurso...Então, pra onde foi esse recurso que já tinha sido aprovado? e não tem resposta pra gente...a gente cobra, cobra...hoje eu não falei por que tava me sentindo mal, mas eu repito, vou ficar ti devendo, por que até então, até a gestão...foi feito todo um planejamento, toda um mapeamento das unidades, foram feitos os mapas do que ia ser mudado, para

melhorar o atendimento pro usuário, e isso não aconteceu, quem tá sofrendo na ponta é o usuário, a gente enquanto representante, enquanto conselheiro municipal de saúde, a pergunta é: o que que vocês estão fazendo? ***Vocês não cobram? O que vocês tem pra dizer pra gente...a gente fica de mãos atadas, você não tava aqui, mas o próprio gesto, o secretário de saúde falou que tinha recursos pra isso, que está esperando emendas parlamentares...*** quando começa a gestão, começa tudo de novo. (R.U.S.4)

Para que não ocorra esse esvaziamento de uma maneira totalizante, outra questão problematizada na fala do representante/conselheiro, na entrevista nº 03, diz respeito existência de condições mínimas para o exercício das ações atribuídas aos conselheiros, e ainda, a colaboração da gestão para com as demandas postas pelo CMS, conforme denota os recortes e grifos das falas abaixo.

[...] as condições mínimas necessárias pro conselho andar, baseada na lei, hoje tá escassa no município. (R.U.S. 3)

[...] por exemplo, ***todos os setores na SEMSA, hoje tem os seus carros rodando legal, e nós temos duas kombis e uma passou mais de 15 sem funcionar né.*** A refeição, ela não existe, essa refeição que hoje existe no CMS/MAO, é pra esse trabalho das pré-conferencias especificamente, não há, não há... Ah, mas o transporte? Não existe! Já houve uma época de 2007 a 2011 houve, por uns 2 ou 3 meses também, e aí foi cortado. (R.U.S.3)

[...] você trabalha dentro do limite, falta tudo, tem (x) folha de ofício pra trabalhar, tem 15 litros de gasolina pra ti rodar, aí tu imagina, hoje tu tá pra equipe aqui, tu é da comissão de assessoramento aos conselhos locais, tu tem 15 litros pra rodar, hoje tu não faz 3 conselhos com 15 litros, dependendo do local...(R.U.S. 3)

Nessa linha de pensamento, corrobora-se com as sinalizações de Ferraz (2006, p. 63) quando exprime que;

Os conselhos, parecem ser, simultaneamente, privados de sua capacidade de decisão e interferência na produção de políticas públicas. Essa privação, tem se manifestado por meio da inexistência de recursos necessários ao seu funcionamento (espaço físico, equipamento, recursos financeiros etc.) pela definição autoritária da agenda de discussões (em geral nas mãos dos presidentes dos conselhos, do secretário, ou do ministro do setor), pela pouca representatividade e capacidade decisória dos representantes governamentais, pela tecnoburocratização dos temas (com a conseqüente supervalorização do conhecimento tecnocientífico) e pela não implantação de suas resoluções.

Ainda sobre, a infraestrutura, ressalta-se nesse sentido, ante a leitura do Relatório de gestão do CMS/2013, de janeiro a dezembro do respectivo ano, o conselheiros, dividiram a utilização das 2 (duas) Kombis, para realizar atividades a eles atribuídas no exercício do controle social, registrou-se portanto, 103 utilizações, sobretudo, pelo segmento usuários, e, consecutivamente, pelo segmento dos trabalhadores, no que se refere as comissões, registrou-

se, 84 utilizações, entre as quais, destaca-se , o maior usufruto, por parte das Comissões: de Assessoramento aos Conselhos Locais (CACLDS) com 40 dias utilizados, seguidos, da de Coordenação do Processo Eleitoral (CCPE) com 24 dias utilizados, Comunicação e Informação em Saúde (CISDA) e, por fim, a de Fiscalização de Ações e Serviços de Saúde (CFASS).

Esses dados, bem como como informações são importantes, pois permitem mensurar a capacidade e a extensão das condições de exercício do controle social por parte dos representantes/conselheiros, e como bem registrou-se, no sub-tópico 3.4.1 – a despeito das comissões, é possível inferir, que muitas delas, sobretudo, as comissões tidas como estratégicas, mencionaram como ponto alto de suas ações, como por exemplo, a Comissão de Fiscalização de Ações e Serviços de Saúde (CFASS) - a realização de visitas e fiscalização das ações e serviços em saúde, e ainda, a Comissão de Assessoramento aos Conselhos Locais e Distritais de Saúde (CACLDS) - que encabeçou a Eleições Complementares dos Conselhos Locais de Saúde de Manaus e Solenidade de Posse dos respectivos conselheiros de 2013 a 2015, em complementação aos conselhos já instalados, nas áreas Urbana e Rural terrestre, o que requer, infraestrutura e recursos, para empreender ações no que tange a efetivação do controle social e da participação da comunidade na gestão da saúde, ao proporcionar a educação permanente dos agentes envolvidos nesse processo, isto significa dizer que, sem as condições mínimas necessárias, é impossível se fazer de forma eficaz o exercício do controle social.

Mediante este cenário, o representante/conselheiro em questão é taxativo ao mencionar que hoje o panorama para a representação do segmento na gestão que abrangeu de 2011 a 2014, tanto da parte do CMS, quanto da SEMSA, foi bastante difícil logo, as ações empreendidas e permanência dos conselheiros se ateve muito mais em virtude das escolhas pessoais, ao compromisso estabelecido para com o grupo e/ou comunidade que o elegeu.

[...]é assim, você faz controle social, sim por que você quer, por que você ama o que faz, por que você tem vontade de trabalhar né, de melhorar na tua comunidade, no teu município, na tua zona especificamente [...] (R.U.S.3)

Situação reafirmada na entrevista nº 04, na fala do representante/conselheiro, no que se refere ao cenário adverso no tocante ao acesso e exercício a participação efetiva no interior do CMS, este tem procurado responder as demandas, colocar as dificuldades, isto é, manter um relacionamento estreito com comunidade que o elegeu.

[...] nós “tamos” aqui, nós temos um compromisso... quando a gente sai daqui, a gente leva, repassa pra eles, nós temos uma reunião ordinária todo primeiro sábado de cada mês, na rural, onde reuni todos...aí a gente vai retransmitir isso que a gente

leva daqui...nós temos atas de assembleias, nós temos atas de assembleia nossas, te todos os primeiros sábados, é tratado muito, a gente leva muito a sério, por isso a gente tem o voto de confiança do rural, que eles não deixam de vir saber da realidade. (R.U.S.4)

Contudo, em dado momento, durante o desenrolar das entrevistas, o representante/conselheiro, na entrevista nº 03, trouxe à tona uma outra problemática, quando ressaltou que o compromisso para com o segmento que representa, não é uma atitude de todos, na visão do mesmo, poucos são os conselheiros, em suas palavras, “uma minoria”, leva a sério o papel que lhe foi outorgado socialmente:

*[...] eu não vou mentir pra você não, é muito lobbings, é holofotes, entendeu? É...se o conselheiro, não são todos, nós temos a minoria, mas a minoria que faz a diferença... se os conselheiros, parassem de olhar só pra eles...tem conselheiros aqui, que se preocupam não em fazer controle social, mas sim, em ser "estrelinhas" **“ah não vou por que, eu não vou assumir essa comissão por que se não for pra ser coordenador ou primeiro secretário, eu não quero ...”** Se formos seguirmos o regimento bem ao pé da letra, tem conselheiro que não era nem pra tá aqui, por que não contribui com nada, não faz nada, mas se chegar aqui na plenária é um que mais fala, *por que? Por que é aberta ao público, tem pessoas de todos os locais, tem os “holofotezão”, tem o rapaz da SEMSA que vem bater as fotos né, e aí quer aparecer, e não conhece nem a realidade e muitas vezes do entorno aonde mora*, por exemplo, tem um conselheiro que o maior legado que ele deixou aqui, foi deixar fechar uma unidade uma rua após a casa dele, ele estando conselheiro, e hoje essa área toda é desassistida. (R.U.S. 3)*

Ressalta-se que, a expressão - *“Se formos seguirmos o regimento bem ao pé da letra, tem conselheiro que não era nem pra tá aqui, por que não contribui com nada, não faz nada, mas se chegar aqui na plenária é um que mais fala, por que?”,* supramencionada na fala do sujeito representante/conselheiro, diz respeito, aos indicativos presentes na Seção III - Regimento do CMS/MAO, que especifica as atribuições dos conselheiros, onde estão presentes seguintes imperativos (filtrados) na citação abaixo:

Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias; justificar suas faltas através de documento comprobatório em todas as funções que exercer no conselho, comunicara imediatamente, ao seu suplente da sua impossibilidade de comparecer as assembleias; apresentar propostas de resoluções, formular moções e proposições, no âmbito da competência do Conselho para apreciação e aprovação na assembleia; compor comissões técnicas permanentes e/ou especiais; elaborar documentos que favoreçam subsidio as decisões do colegiado [...]

Nesses contexto, reside a noção de que esse fenômeno ocorre, por que muitas vezes, nem sempre as ações empreendidas pelos conselheiros são referenciadas em processos de disputas que tem uma margem social mais ampla, para que haja de fato, o poder de exercitar o controle social, subjaz o entendimento de que é inerente, que os indivíduos sociais organizem-

se, tenham consciência da necessidade e da importância de se organizar e participar das decisões no interior dos espaços públicos (SIMIONATTO, 2006)

Nesse universo tão complexo, um outro elemento suscitado como um entrave - ao exercício pleno do controle social por parte dos conselheiros no interior do CMS “...de não estarem aconselhando como deveriam”, com bem sinalizou o representante/conselheiro (R.U.S.3) anteriormente, assim como também, se expressam os demais representante/conselheiros, diz respeito ao baixo alcance e/ou ausência da formação e atualização dos sujeitos no âmbito da representação tripartite, o que na ordem prática, prejudica o empoderamento da sociedade civil no exercício do controle social no município de Manaus, como bem denota as verbalizações das entrevistas.

Entrevista de nº 01 -Foram poucas as capacitações, duas ou três, mas muito assim vazias tá! Em nível de formação, atualização dos sujeitos políticos, são os eventos maiores, que é a conferência que é feita de 4 em 4anos, e a semana do controle social que é feita todos os anos [...] (R.U.S.1)

Entrevista de nº 02 - Olha existe essas ações, mas eu acho que muito tímida, até nós enquanto conselho, nós, ainda cremos que necessitamos de uma capacitação melhor [...] eu “tô” no conselho, meu primeiro e segundo mandato, e olha, já vai pra 4 à 5 anos, e uma capacitação direcionada eu não tive ainda. Então a nossa capacitação é o que? É através das conferências, através das pré-conferências, é no dia a dia, são viagens que nós fazemos pra conhecer o dia a dia de outros conselhos, e é no dia a dia [[...] mas aquele curso, formação direcionada que está em lei muitas vezes é cobrado e a resposta é que não tem recurso. (R.U.S.2)

Entrevista de nº 03 - Assim, curso, curso mesmo... eu não vou falar nem o nome do santo pra não complicar, nós tivemos numa outra gestão, numa outra diretoria, entendeu? Eu acho que houve foi uma diminuição de tudo isso que vem acontecendo, como eu ti falei, é difícil trabalhar com essa gestão [...] quando eu cheguei no conselho municipal é...eu vim vislumbrado, entendeu? E aí, se eu não tivesse encontrado determinados parceiros e parceiras, isso teria ido embora, pela falta realmente de infraestrutura. (R.U.S.3)

Entrevista de nº 04 - Olha a gente faz aqui acolá, a gente tem umas capacitações, que são orientadas pelos gestores que tem mais conhecimento na área [...] (R.U.S.4)

Como se pode observar (grifos), há um consenso entre as falas, no que diz respeito aos poucos investimentos voltados para a capacitação dos conselheiros de um modo geral e, quanto a ênfase, de quando existem, essas são denominadas, pelo menos em 2 (duas) das 4 (quatro) entrevistas realizadas com o conselheiros municipais, como “vazias e inexpressivas”, muito embora se tenha a ciência, que a capacitação se constitui como um fator imprescindível para qualificação da paridade no âmbito dos espaços gestores.

Reitera-se ante a leitura das entrevistas e os grifos realizados, que muitas das capacitações e qualificações no interior do CMS se dão, principalmente, em dois momentos: a) Período de viagens (eventos em nível nacional) e b) Pré -conferências e Conferências (municipais e nacionais), como bem assinala, o quadro de n.º 18 e gráfico de n.º. 02 presentes no sub -tópico 3.4.1, quando se vê uma participação mais expressiva dos segmentos dos usuários propriamente dita, conforme reitera a representante/conselheira em sua verbalização, na entrevista nº 01, quando menciona sua vivência nesse processo.

Entrevista 1: Outra coisa que eu também considero uma questão de conhecimento quando existe conferências fora do Estado. Eu participei de duas né, uma foi sobre o MAIS SAÚDE – Saúde mais 10, fui pra Brasília entregar o documento que liberasse 10% né, de toda receita bruta do governo pra que pudesse liberar pra saúde, isso aí teve várias discussões. A outra foi na conferência da FENAFAR, que é a federação nacional de todos os farmacêuticos do Brasil, e aí eu tive a experiência de participar durante 15 dias em Florianópolis e que também aumentou meu conhecimento na área de assistência farmacêutica [...] (R.U.S.1)

Entrevista 1: Em nível de formação, atualização dos sujeitos políticos, são os eventos maiores, que é a conferência que é feita de 4 em 4 anos, e a semana do controle social que é feita todos os anos (grifo) (R.U.S.1)

Nesse tocante, os eventos de maior expressão com a participação efetiva do CMS são justamente as pré-conferências e conferências, quando se vê a participação expressiva de um sujeitos, que sentam, discutem, trocam experiências, vivências e anseios e, por que não dizer, frustrações, sobre as formas e expectativas/ empreendidas pela gestão de modo geral, e, neste caso, especificamente, os anseios da sociedade da sociedade civil, de empreender algo novo (estratégias) nesse processo, que traga alterações concretas, no serviços em saúde propriamente dita, assim como também, em formas de participação no âmbito do controle social no município.

No mais, fora as pré- conferências e conferência, na totalidade das entrevistas, foi possível vislumbrar nas falas dos entrevistados que o conhecimento, as informações, bem como a capacitação sobre o funcionamento e as particularidades do exercício do controle social no âmbito do CMS/MAO por parte dos representantes/conselheiros, foram adquiridas no dia a dia, durante o desenvolvimento do mandato, a partir do auxílio e colaboração de outros conselheiros tidos como “mais experientes”, ou ainda, de forma autodidata por meio de leituras dos documentos, normativas e outros,

[...] vou ti falar, no primeiro ano eu não sabia nada, e eu buscava algumas coisas dentro do próprio conselho [...] E aí eu fui pegando algumas pessoas, antigamente a dona “fulana”... quando eu comecei me aproximar deles, comecei a entender como

funcionava o mecanismo, como você fazia um documento, o processo burocrático, então eu fiquei praticamente 1 ano estudando, estudando, entendeu? (R.U.S. 1)

Por que muito do que eu aprendi, é como eu ti falei eu aprendi com conselheiro (x), conselheiro (y), conselheiro (w), com os conselheiros mais antigos, que eu me lembre... formação, formação, tive duas praticamente [...] (R.U.S.2)

Olha nós temos tentado, exaustivamente, com alguns companheiros aqui é passar um pouco daquilo que a gente aprendeu. (R.U.S.3)

[...] eu também procurei ler alguma coisa a respeito da lei 8.142, a 453, se manter nesse nível pra eu poder ter um certo conhecimento e poder exercer o meu mandato de uma forma eficaz. (R.U.S.1)

[...] agora assim, que fizeram cursos especificamente pra capacitar o conselheiro, o conselho ainda não fez, depois que eu cheguei aqui eu tive só um curso aqui no CETAM e um treinamento aqui na Sl. 08. (R. U.S.4)

Quando questionados sobre as diretrizes e as metas dos planos 2011-2013, e, 2014 (ano encerra a respectiva gestão e diretoria do triênio), no que se refere a formação, educação popular, o representante/conselheiro, na entrevista nº. 04, foi taxativo ao mencionar que,

[...]os projetos de capacitação não foram executados e olha eu nem diria que foi por causa de orçamento, eu acredito que foi até por causa que passou despercebido dentro da gestão, não entrou como prioridade. (R.U.S.4)

Prontamente, sobre a formação e educação popular, acrescenta-se que no planejamento, isto é, no planejamento e relatório (PAS/RAG -2011), no tocante a diretriz - *5.1 Ampliação e Fortalecimento da Participação e do Controle Social*, onde por exemplo, se estabeleceu, 7 ações, 26 metas, da qual 14 não foram sequer realizadas, sobretudo, aquelas no âmbito local entre as quais estavam inscritas, ações importantes que abrangem a formação dos conselheiros e servidores, e, também, estruturas para melhor atender usuários dos serviços de saúde, conforme denota as informações presentes no quadro abaixo.

Ação	Meta programada
✓ Promover curso de capacitação para os conselheiros municipais de saúde.	Realizar 04 capacitações;
✓ Monitorar e avaliar as ações da CIST através do relatório trimestral.	Apresentar 04 relatórios de monitoramento e avaliação
✓ Sensibilizar os servidores da SEMSA sobre a importância da ouvidoria.	Realização de 1 seminário para o público interno
✓ Disponibilizar informações sobre os principais problemas apontados pelos usuários nos serviços de saúde.	Elaboração e apresentação de 01 relatório por trimestre.

Quadro nº 21 – Formação e Educação em Saúde.

Fonte: Adaptação RAG/2011.

Elaboração da Autora

Em relação a leitura do Relatório (RAG/2011), verificou-se na execução das ações, deu-se prioridade aos elementos bases, e por que não dizer, obrigatórios, como por exemplo, a realização das pré-conferências e conferência municipal, o que reafirma o que já fora explicitado anteriormente, e ainda, o acolhimento das demandas da população, o que não qualifica, não em sua integralidade, a capacidade de respostas do CMS, muito embora apesar se tenha registrado a meta de alcançar de 25% e se tenha alcançado de 30% no acolhimento, como bem denota a fala (grifo), na análise que trata do peso político das ações deliberadas pela representatividade dos usuários no processo de tomada de decisão no interior do Conselho Municipal de Saúde, quando assinala que: “ *as demandas chegam, mas não são discutidas, a maioria delas, são apenas registradas numa ata do CMS/MAO*”.

Nesse sentido, corrobora-se com o estudo de Spivak, em sua obra *Pode o Subalterno Falar?*, quando menciona que o desafio dos discursos hegemônicos, seja nos espaços públicos, como é caso do CMS, assim como também de nossa crença como leitores e produtores de saber, reside justamente em qualificar e dar voz e vez de fato e de direito ao “subalterno”, pra que ele fale, mais que isso, que seja ouvido, que as estruturas em si, pelo poder e pressão, não lhe furtem a posição de reivindicar.

Assim sendo, na contemporaneidade, o intelectual, nesse ato, tido na figura da representatividade tripartite, e aqui, especificamente, os representantes/conselheiros dos segmento dos usuários, devem criar espaços, por meio dos quais os sujeitos subalternos possam falar, se articular e, por que não dizer, se autorepresentar.

Para tanto, é preciso fomentar a ampliação e fortalecimento da participação e do controle social, logo, infere-se que os representantes/conselheiros não devem se posicionar de forma omissa ou até mesmo conivente com as instancia da gestão seja por parte do CMS, quanto da secretaria de saúde, conforme assinalou a fala supramencionada anteriormente “...*eu acredito que foi até por causa que passou despercebido dentro da gestão, não entrou como prioridade...*”

Assim sendo, de acordo com sinalizações de Gohn (2004, p.04 apud Bidarra, 2006, p. 50), a atual conjuntura política exige dos espaços públicos uma maior interação com a esfera pública, uma vez que essa aproximação tende possibilitar um alargamento da participação sociopolítica, onde de fato se pode fortalecer a perspectiva da deliberação, execução, controle e gestão das políticas públicas, à medida que tal empreendimento tende caminhar em direção novos arranjos da política argumentativa, e por assim ser, a criação de um espaço profícuo de

debates sobre os problemas que inquietam a coletividade em torno das ações e serviços de saúde no município de Manaus.

Essa abertura, em vias de fato da participação política, pelo cidadão, usuário do SUS, de acordo com as sinalizações das entrevistas de nº 01, 03 e 04, nesse processo, se expressam mediante a implantação, implementação, e em um número expressivo dos casos, de recomposição dos conselhos locais, que nas entrelinhas dos discursos dos sujeitos entrevistados, são tidos como mecanismos – “os braços e as pernas”, que auxiliam os representantes/conselheiros municipais a medida que colaboram para o fortalecimento do exercício de controle, assim como também, a participação social, conforme denota os recortes das falas abaixo;

Na minha opinião o *controle antes de 2011, não existia efetivamente, 2011 pra cá, com a criação dos conselhos locais, no meu entender, é que começou*, juntamente com a semana do controle social; com a criação do conselho local, começou a fomentar isso na população, pra que houvesse essa participação, com o Pacto isso se concretizou [...] (R.U.S.1)

Com relação ao controle social, *foi implantado 56 conselhos locais de saúde, esses conselhos locais contribuíram muito com o conselho municipal*, apesar de nós sermos 32 conselheiros municipais titulares e 32 suplente, é mais a demanda, a área de abrangência, a base territorial do município é muito grande e não temos mecanismos também pra fazer esse trabalho, e eles, conselheiros locais, eles nos traz as informações com detalhes [...] (.R.U. S. 4)

[...] *nesse último triênio sim, esse último foi o triênio que mais evoluímos, acredito eu, em relação ao conselho local*, é, nós já chamamos, fazemos uns cursos básicos, entendeu? (.R.U.S. 3)

O que é reiterado na entrevista de nº 05, realizada com o representante/conselheiro local, quando sinaliza de forma narrativa, que o conselho da Unidade Básica de Saúde a qual é vinculado na zona norte passou por um processo de recomposição, que garantiu na ponta, a retoma do exercício do controle nas unidades de saúde e possibilitou a abertura de espaços de interação entre gestor local, trabalhadores e usuários, num processo de empoderamento dos usuários dos serviços de saúde, na respectiva área de abrangência, em um movimento crescente de aprendizagem da participação política.

Eu sou um objeto de reposição, o conselho local foi implantado pelo “José”... só que só foram eleitos 2 conselheiros. *Então, o conselho passou por dois anos sem funcionar - implantado em 2013*. “Maria e João” esses dois conselheiros eles vieram anterior a mim, o conselho não estava funcionando por falta de paritarismo, de quantidade exata. Então, *o conselho municipal construiu um novo estatuto pra poder abrir uma brecha para que houvesse uma nova eleição pra reposição dos conselheiros que faltavam, do qual eu fui eleito também*. Eu e mais três companheiros para recompor esse quadro que faltava. Daí em 2013 pra cá, foi que

começou a funcionar mais ativamente, por que já tinha paridade, já tinha as quantidade de pessoas, já tinha seus representantes, atividades, gestores, representante dos trabalhadores e nós representando os usuários... somos seis ao todo. ***Daí então ele começou a funcionar, o conselho começou a parte representando a comunidade, os usuários, começou a fiscalizar e logo em seguida veio a reforma da unidade, então, o conselho teve muito participativo, opinando...***verificando e vendo...e tivemos um grande ganho, porque com essa reforma, ela aconteceu sem a suspensão das atividades, os médicos continuaram atendendo, aqui mesmo, foram divididos reformando partes... fazendo piso de uma parte e os médicos deslocados para outra parte...então, foi uma coisa muito interessante que aproximou bastante a comunidade, porque tanto os médicos como o gestor da época, todos os funcionários tiveram uma grande boa vontade em se deslocar de suas salas e ir para lugares improvisados e continuar atendendo a comunidade, e a comunidade por sua vez, vendo o esforço dos médicos e do gestor pra que não parasse o atendimento, começaram a colaborar também. ***Então, houve uma aproximação grande com os gestores, então, a comunidade ela tem um grande respeito, uma grande consideração e abriu um canal de diálogo.*** A comunidade quando ela vê um erro, alguma coisa, ele primeiro vem com gestor e conversa... então nós começamos a funcionar mais ou menos dessa forma. (R. U. C. L.5)

Contudo, o discurso do representante/conselheiro local, acerca das problemáticas e entraves para o exercício do controle social são os mesmos, de acordo com as falas, a relação, isto é, a comunicação com o CMS e conselheiros municipais, é bastante frágil, assim como também, a infraestrutura repassada, isto é, ausência dela o que dificulta e muito a execução das atividades no âmbito local.

Agora quanto ao conselho municipal, na pessoa do conselheiro “José”, que nos dá suporte... até que nos dá uma atenção quando nós ligamos para ele nós solicitamos. Mas, o apoio é muito limitado...nos solicitamos um transporte para visitar as comunidades, fazer visita de rotina, até hoje não veio...então quando a gente vai fazer uma visita de rotina em uma comunidade, nós vamos com nosso esforço, por nossa conta, nós se dispomos a ir...***O conselho municipal até então, não tem nos auxiliado nesse ponto, a gente solicita transporte... não vem... esse supõe que nós temos do conselho municipal é quando a gente faz alguma denúncia , faz um pedido de alguma coisa e eles tentam viabilizar da melhor forma possível.*** Mas ação imediata, companheirismo é difícil...A gente foi pra uma capacitação... chegando lá pegamos um papel vencido do qual já tinha passado, pediram pra gente opinar, que a nossa opinião não ia valer nada por que aquilo já tinha sido executado um ano antes. Nos deram tudo atrasado, capacitação zero, nós temos que ir com nosso esforço, nossa disposição. Nós temos que buscar por outros meios porque o conselho municipal não vem nos auxiliar nesse ponto [...] (R.U.C.L. 5)

O que reafirma a colocação da representante/conselheira municipal, na entrevista de nº 01, ainda no que tange à formação continuada e capacitação dos conselheiros municipais, para que assim possam trabalhar de forma mais eficaz, e dá na ponta, um maior suporte aos conselheiros locais.

[...] As únicas ações que foram feitas no triênio, e aí , principalmente em 2014, são feitas como uma forma de mobilizar a sociedade, pra saber que o conselho existe, de uma participação, de uma luta muito grande e que eles tão fazendo, tendo algum

trabalho, pois só é a parte de fiscalização e olhe, olhe, é a semana do controle social e as conferências, só, pontualmente. E isso foi criado também, não existe uma formação continuada, mesmo com a implantação do conselho local, não houve avanços, tanto que o conselheiro de bases não tem informações das resoluções, até o conselho, eles próprios não tem informação, dentro do Conselho municipal tem as comissões, uma comissão de assessoramento dos conselhos locais e distritais da cidade de Manaus, sendo que isso não tá funcionando. As capacitações não ocorreram desde de quando eu entrei, teve umas duas, muito assim...Pô...a primeira vez que eu cheguei no conselho eu não tive nenhuma informação, eu que tive que correr atrás das situações, por conta da minha conduta, por eu ter uma formação, eu me senti na obrigação, por conta da minha profissão, eu sou assistente social, eu fiquei assim... **“ não, eu sou uma conselheiro, não saber” até você correr atrás, chega ser uma coisa contraditória, e querendo ou não, você tem que fazer a sua parte de assessoria, de informar, de orientar da melhor forma possível o usuário, aí eu comecei a estudar, e eu estudo até hoje, por que saúde é assim mana, muda muito rápido, é muito rápido”** (R.U.S.1)

Por conseguinte, a esta colocação, o representante/conselheiro local, na entrevista nº. 5, menciona que o CMS, apesar dos avanços com a implantação, implantação e recomposição dos conselhos locais, precisa ainda empreender mudanças em suas formas de ação, sobretudo, em “ouvi-los” para que se possa alcançar de fato mais avanços no exercício do controle e participação social.

O conselho municipal ela está meio engessado, ele não sai, ele não anda, ele não se comunica, a única boa coisa que foi feita foi a implantação do conselho local. Mas está faltando mais proximidade do conselho municipal com o conselho local. Porque eles planejam, eles fazem as ações deles já impondo aquilo para o conselho local, eles não procuram se interar com conselho local pra poder construir uma ideia, eles fazem a ideia e já mandam pra que nós executemos ela. Só que muitas vezes ela está totalmente fora da realidade da nossa comunidade, porque eles esqueceram de ouvir a comunidade. ***Quando eles fazem uma reunião pra definir alguma coisa, eles definem lá e o conselho local já fica sabendo o que eles decidiram pra ser executado na nossa área sem nos ouvir, e nós temos que procurar muito jeito, muito tato, com o gestor com os outros órgãos com DISA*** por exemplo, que se modifica alguma coisa pra que atenda melhor a comunidade porque eles esqueceram de vim ouvir a comunidade... (R.U.C. L.1)

Em relação a esta colocação supramencionada, pontua-se a fala da entrevista nº 06, onde a representante/conselheira local, sinaliza um exemplo, que explicita muito bem essa situação que já é histórica, nos casos de campanhas sanitárias.

As campanhas de vacina que são desenvolvidas nos participamos através do gestor, ele nos convida para reunião e diz: ***"Olha a SEMSA vai fazer tal campanha e a nossa unidade vai trabalhar nesse sistema qual a opinião de vocês?"*** Porque vem para eles pronto... aqui a gente se vira para trabalhar apoiando nosso gestor, indo pra rua. Quando teve o mosquito chicungunha nós fomos pra rua, todos nós... funcionário, gestor, todo mundo...de casa em casa, atingimos uma parte do bairro...mas foi bem divulgado a outra parte ficou descoberta, porque seria "ganice" de outra casinha...mas é assim que a gente tem trabalhado...é esse o caminho que a gente está tomando,

vamos ver se daqui pra frente, tem essa nova eleição do conselho, se vai ter uma mudança pra melhor...mas interação do municipal com o local de saúde. (R.U.C.L.2)

Assim sendo, infere-se que no âmbito da representação tripartite, seja na instancia do conselho municipal, quanto local, e, aqui especificamente, com relação a representação do segmento usuário, a noção de que ainda se precisa avançar bastante em termos de condições de trabalho que resvala na questão da formação dos sujeitos políticos, assim como também, na fomentação de criação de espaços dialógicos e planejamento integrado, capaz de ouvir as demandas dos usuários das unidades de saúde que transcendam a perspectiva de uma gestão verticalizada.

Tem-se a ciência que a participação democrática, na realidade brasileira deveria ser mais eficiente, direta e livre, contudo, nas palavras de Bobbio (1986), a sociedade civil e os movimentos sociais nela contidos, nos dias atuais, são desafiados a não incorrer em um processo de apatia, de despolitização das massas, logo a representação dos segmentos, não se pode deixar abater por falta das condições de trabalho, como por exemplo, transporte e alimentação, ou até mesmo, por conflitos internos ou pessoais e a própria burocracia do Estado.

Aposta-se portanto, que a chave da questão está no empoderamento da comunidade através dos conselhos locais, na ocupação de espaços a eles assegurados legalmente, uma vez que, nas palavras de Ferraz (2006, p. 68), uma maior participação política dos usuários, se contrapõe, na ordem prática, no circuito decisório, a mais forte estratégia usada pelos representantes de blocos no poder e as forças de caráter antidemocrático, que reside justamente, à partilha de poder, não somente isso, a promoção de alterações mais profundas na direção dada aos recursos públicos no sentido de efetivar políticas que garantam o acesso da maioria da população a bens e serviços capazes de assegurar a efetividade de seus direitos.

Nessa linha de pensamento, a resistência apresenta-se como uma forma estratégica da representação do segmento usuário em termos de autonomia, na construção do interesse público, de onde é possível consolidar estratégias sólidas de ampliação na formulação da política de saúde no município de Manaus.

Tão somente, para finalizar a discussão em torno das questões pertinente a ampliação e fortalecimento da participação e do controle social, questionou-se dos representantes/conselheiros entrevistados, as possíveis contribuições da normativa Pacto pela

Saúde, no processo de inovação⁴³ da gestão, controle e participação social no município de Manaus, de onde se obteve os seguintes discursos:

Entrevista de nº01 -A normativa, na verdade, eu vejo assim que ajudou, por que tipo, como assim regulamentasse um fato que a gente tem desde de 90 [...] por que temos os objetivos, as diretrizes e as metas [...](R.U.S.1)

Entrevista de nº 02 - Se você analisar a questão de lermos o pacto, eu já li, é muito interessante, é muito bom, mas existe problema, é se cumprir. Nós sabemos que as dificuldades, coisas que estão pactuadas e não são cumpridas, várias coisas, certo! [...](R.U.S.2)

Entrevista de nº 03 - Eu acredito que há sim, uma mudança sim, pela força da lei, quando se fala em lei," eles lá, os grandes", eles se preocupam, eles temem, eles respeitam, em determinados momentos evolui sim bastante, exemplos, antigamente chegava aqui as nossas pautas pra gente tomar conhecimento, e muitas das vezes tu não tinha o preparo adequado, tu ia pegar aqui olhar e não entender nada, a maneira, o modo técnico como eles colocavam as coisas, não te permitia, por exemplo, eu que sou dos usuários e acabei de chegar e não tenho uma noção de, como é que se diz...muitas siglas, muitos nomezinhos, as vezes tu aprova um pacote aqui de 1 milhão, aí tu mal sabe que aprovou 5, 10 milhões, isso 300 milhões aí fica complicado... (R.U.S.3)

Entrevista de nº 04 -No meu entendimento, na minha concepção melhorou, melhorou por que com a construção de novas unidades, pelo menos na mortalidade infantil melhorou muito, na parte...isso aí não tenha dúvida, da época que eu cheguei aqui pra cá, que eu comecei interagir mesmo, melhorou...melhorou, a política social ela deu um avanço...com certeza... (R.U.4)

Ante a leitura dos discursos, pelos menos 3 (três) das 4 (quatro) entrevistas realizadas com os representantes/conselheiros municipais, é possível inferir que a normativa Pacto pela Saúde, assim como também, os demais pactos (gestão e pela saúde), apesar das dificuldades, na visão de grande parte dos conselheiros, trouxeram bastante contribuições para uma melhor operacionalidade da política de saúde, ao passo que estabeleceu “regras” através do planejamento (planos e programações) de onde se estabeleceu diretrizes, objetivos e metas universais (país) e específicas (locais) com base nas informações fornecidas pela gestão e seus respectivos indicadores de saúde e financeiros, com vistas a alcançar as necessidades da população manauara.

Em relação ao exercício do controle social, como se mencionou anteriormente, os representantes/conselheiros assinalam inovações e avanços a partir da implantação da

⁴³Apreendida a partir das sinalizações de Lemos (1999, p. 168), que define o processo interativo, como fruto da natureza social, que varia de acordo os agentes neles envolvidos, da relação que mantém entre si, da linguagem comum, identidades, sinergias, confianças, assim como também o ambiente que se inserem, onde, os sistemas nacionais, regionais ou locais, podem ser tratados como uma rede, que possibilita capacitação de tecnologias endógenas, capazes de absorver de forma eficiente, o que vem de fora e adaptar, modificar e gerar novas formas de ação para se alcançar um determinado objetivo e/ou meta.

normativa, sobretudo, em melhorias da relação Gestão/Gerência–CMS, assim como também, a implantação dos conselhos locais de saúde, muito embora, se tenha a ciência que esses dois fatores supramencionados, em termos de relação e infraestrutura, não sejam os ideais, ainda sim, nas falas, é perceptível pequenos, mas significativos avanços.

Na entrevista de nº 03, o representante/conselheiro menciona como exemplo, uma maior clareza na linguagem técnica presente nos relatórios, o que permite, um maior entendimento por parte do segmento representativo dos usuários acerca das pautas, e por conseguinte, uma maior capacidade de intervir, pedir vistas de processos, bem como levantar questões de ordem, assim como, também deliberar de forma consciente alternativas políticas para as questões suscitadas durante as reuniões do colegiado.

hoje não, com a entrada de novos conselheiros, eu percebi que os conselheiros antigos (x), (Y)...eles se preocuparam mais do que quando nós chegamos...quando nós chegamos aqui é tínhamos que correr atrás, hoje os meninos já procuram dá esse conhecimento, eles já chegaram aqui numa coisa mais facilitada, onde é mais fácil você pegar uma pauta e vê tem o processo x, ele funciona assim, conselheiro (x), (y) ou (w), isso aqui? Isso aqui é assim. Assim, então nós já trabalhamos em um meio mais fácil, então eles não vão ter muitos problemas, como nós logo que entramos. (R.U.S.3)

Contudo, ressalta-se que pelo menos, 2 (dois) dos representantes/conselheiros entrevistados, reconhecem os avanços na normativa, nos instrumentos de planejamento, mas apontam, concomitantemente, que muita coisa precisa mudar e avançar, sobretudo, em relação ao cumprimento das questões pactuadas, assim como também, em relação a “personificação” dos espaços decisórios, que empobrecem os espaços de negociação, interlocução e a busca pelo consenso de agendas políticas que melhor se adequem a realidade da necessidade da população, em termos de serviços e assistência em saúde no município

[...] Existe algumas coisas que caminham nesse sentido, tudo bem, mas eu acho que tem que melhorar e muito, como eu falei, *a pactuação foi pra melhorar, pra dá mais condições de acesso, pra direcionar, pra certas coisas, e isso ainda não acontece, não acontece no dia a dia de forma nenhuma...algumas coisas sim, e outras não.* Por exemplo, a questão da saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde do homem que ainda tá muito tímida, tímida, tímida...que tá distante daquilo que tem que ser alcançado. (R.U.S.2)

Então assim, com essa normativa a gente conquistou muita coisa, eu não vou poder negar que não, a gente conquistou, mas devido a esse entrelace de pessoas que são ancoradas dentro dessa participação social, uma são movidas a movimentar apenas pro seu coletivo, aí o que foi decretado, que foi feita uma diretriz em cima disso aí, tendo em vista que foi criado justamente para que as pessoas não pudessem desentender o que deveria ser entendido antes [...] *quando se trata de conselho, quando se trata de saúde, eu não tenho que pensar no meu umbigo não, no meu grupo lá de casa, eu tenho eu pensar no meu grupo, no meu vizinho, no meu*

inimigo, e todo mundo junto, e muitas pessoas não tem essa consciência, a questão de ser solidário com as pessoas, as pessoas não tem, querem só saber só do grupinho dela, só do umbigo dela, só do ser dela, por isso que as vezes tem muitas pessoas que são incorporadas dentro dos conselhos que vão só pra fazer auê, só pra gritar, só pra ser o “bam-bam-bam”, mas não tem conteúdo, isso é ruim [...] E se não fosse por esse pequeno, eu ti digo com sinceridade, eu acho que a saúde estava muito bem obrigada, mas infelizmente, existe essas peculiaridade dentro dessas ações, dessas atividades (R.U.S.1)

Com base nessas sinalizações, há o entendimento que os entraves ao exercício do controle social no município se inscrevem na instância da gestão, mas sobretudo na esfera política e ideológica, o que requer uma mudança de comportamento dos pares conforme denota a fala do representante/conselheiro local, na entrevista nº 06,

Pro conselho abrir precisa ter interação, boa vontade dos conselheiros municipais não só apoio ao conselho local [...] nós precisamos nos unir e fortalecer, pra que venhamos alcançar nossos objetivos. (R.U.S.L.6)

Nesse sentido, Cohn (2013, p. 61), os novos movimentos sociais, diferentemente das vivências anteriores, não incorporam utopias grandiosas de emancipação social que exijam clareza política e ideológica, onde os sujeitos políticos, fixam suas metas na conquista de espaço na sociedade política, especialmente, nas parcerias que se abrem entre governo e sociedade civil.

Tal perspectiva implica em uma crescente mudança nas formas de ação, que concretizam novas facetas a cidadania, sob um novo olhar, aonde se introduz a questão dos deveres, da responsabilização das arenas públicas, que não desconstrói o direito institucionalizado, ou seja, a responsabilidade do Estado para com os sujeitos direitos. Essa nova relação exprime a necessidade de se estabelecer novas formas de gestão, que incorporem um novo paradigma nos espaços públicos, mediados pelas relações de poder, de conflito, e, concomitantemente, aprendizagem política.

Nesse universo, é imprescindível alocar, a importância dos sujeitos - indivíduos, grupos, coletividade interessadas, no campo da afirmação dos direitos de cidadania e equidade social, que responda de fato as demandas e necessidade da população, num processo de empoderamento dos indivíduos e suas coletividades.

Sob esse viés, a governança, implica necessariamente, o alcance da dimensão da eficiência e da eficácia no interior das políticas públicas e sociais/setoriais, de articulação entre governo local e poder local, (SINGER, 1999; CARVALHO, 1999, apud Maia, 2005 10-12),

numa constante reconstrução da teoria democrática, de uma gestão partilhada e solidária das ações de saúde no município, reflexão essa que será abordada no tópico a seguir.

4.2 DIREITO A SAÚDE E DINAMIZAÇÃO DA CIDADANIA NO MUNICÍPIO DE MANAUS.

Como dito anteriormente, os conselhos gestores possuem uma representatividade muito mais política do que social, nessa perspectiva, reside a noção de que apesar dos avanços legais, esses espaços públicos, se fundamentam em posições teóricas e políticas diversificadas, onde processo de tomada de decisão, podem ser fundamentados em perspectivas diversas, podendo se configurar sob a forma de:

a) Arena de conflitos (dissenso e contradição); b) Consensual (convergência através de pactuação) ; c) Repressiva (dominação da elite), e até mesmo, d) Conservadora (ênfase na democracia representativa em detrimento da democracia participativa) (CARVALHO, 1995; BRAVO E SOUZA 2002 *apud* CORREIA, 2011)

Com base nesse contexto, bem como fala do representantes/conselheiros presentes no dois sub-tópico anteriores, infere-se que a realidade do CMS se aproximada e toca as diferentes perspectivas supramencionadas.

Nessa ótica, se registra a leitura de que a dimensão da representatividade tripartite no interior do órgão fiscalizador, converge simultaneamente, avanços, mas também retrocessos, haja vista que há muito que se aprender no tocante a participação na vida política para a construção de uma posição democrática participativa na instância do conselho gestor em saúde no município de Manaus, como recomenda a normativa Pacto Pela Saúde.

Circunscreve-se, portanto, neste âmbito a relevância de se pensar e problematizar participação política à medida que está assume o papel de grande importância para um melhor posicionamento do que se quer efetivamente em termos de ações e serviços de saúde, que integrem de fato a proteção social - direito assegurado por lei, e, por conseguinte, a dinamização da cidadania da população manauara.

Entende-se que somente a ênfase a participação política efetiva da representação e seus respectivos segmentos sociais, assim como também, da sociedade de um modo geral, pode contribuir para um movimento crescente de empoderamento da sociedade em relação a importância do exercício do controle social no processo de gestão da política de saúde de

Manaus, o que é bastante claro e evidente na visão dos representantes/conselheiros, quando menciona que:

*Poderia haver mais mobilização, mais participação das comunidades de bairros, mas isso vai depender muito dos usuários [...]por exemplo, que usuário faz reunião mensal com suas comunidades? Com sua base para dizer o que está fazendo [...] não teve nenhuma mobilização que questionasse a forma como ta a situação atual, não tem...quem são as forças que poderiam reivindicar de fato, porque assim, uma coisa é hum milhão, 10 milhões de pessoas na rua...**uma plataforma de propostas, tudo isso querendo ou não é uma forma de pressionar...agora você vai pra rua e você não sabe nem porque está indo, você não sabe porque está reivindicando, ai é um movimento que não tem razão de existir, não sabe pra onde vai não tem um horizonte, e que dá esse horizonte?** Os partidos políticos... [...] (R.G.1)*

Como se pode observar, na visão do representante/conselheiros, segmento governo, na entrevista nº 01, essa participação deve ser fomentada, sobretudo, pela sociedade civil, isto é, os representantes/ conselheiros do segmento usuários do SUS, num processo de mobilização, de empoderamento destes sujeitos, que saibam levantar e defender de forma coesa o que se quer de fato e de direito das ações e serviços em saúde.

*[...] e qual seria a dinâmica do conselho para com a sociedade de uma forma geral? Os Conselheiros/usuários que são os que tem a maior capacidade de articulação com a base, são os que são representam comunidades, associação de bairro, clube de mães [...], são eles que deveriam dar esse retorno, não só eles claro, o conselho como um todo apoiando enquanto representante do controle social, são eles que deveriam dar esse retorno para população em determinada zona na qual eles estão inseridos, fazendo encontro com as comunidades, dando retorno para própria...a mobilização deveria ser fundamental, não só em ano de conferencia, mas constantemente, cotidianamente, frequentemente. **O que a gente percebe muito é, que é mais em ano de conferencia...e se não tivesse normativa será que teria?** É uma questão que a gente poderia estar pensando...por que é normativo que a gente ter que executar, ter que implementar. (R.G.1)*

Ainda sobre a sua visão, a despeito da participação social, o representante/conselheiro, pontua e responde o seu próprio questionamento - *e se não tivesse normativa será que teria?*, quando chama atenção para algo vislumbrado anteriormente, que reside justamente em interpretar que muito da participação social no município, ainda se refere a questões pontuais, isto é, aos elementos obrigatórios para atender as diretrizes dos instrumentos legais, o que não implica necessariamente em “voz e vez” ao usuário propriamente dito - a despeito de suas necessidades no que tange as ações em saúde no âmbito local.

De fato, tem - se um momento de maior ápice a meu ver do controle social e sistema único, que é a conferência quando a população de fato se envolve e está aí colocando seus anseios as suas propostas. Às vezes a gente vai para conferência e a gente ver que é uma proposta do cidadão, uma proposta assim que ...é uma coisa

pontual que a gestão pode resolver... mas é o que ele acha, que é uma proposta dele é o que ele está sentindo naquele momento [...] ***o pessoal gosta de seguir as normativas do nacional. A nacional conhece a realidade dela, a nossa realidade quem conhece é agente.*** (R.G.1)

Na visão do representante/conselheiro em questão, apesar das sinalizações da normativa, há o entendimento quanto a ausência de vontade política por parte da gestão de possibilitar a população um maior conhecimento acerca da política em saúde, o mesmo é taxativo ao mencionar que as ações empreendidas no processo de municipalização, sobretudo, no que se refere no processo de realização das conferências, o que se vê é a apartação do usuário deste processo.

A nacional não quer, a nacional não quer que aconteça isso lá com eles, e não quer a nível estadual e nem local, por que são etapas, as conferências são em etapas, a etapa municipal, estadual e nacional. ***E aí, por que o conselho vai levar aquilo que ele acha que é, com toda representação que tem, com toda a experiência, com todos os conselheiros que estão lá dentro...mas ele vai levar aquilo que muitas vezes pode ser atraente só pra gestão.*** Não vai ser atraente para os usuários, para os trabalhadores ... ou só atende gestão, trabalhador e o usuário não, eu acho que isso é uma perda muito grande para uma conferência num momento de construção coletiva que é uma conferência, mas, enfim, o povo prefere passar menos reunidos, do que ter trabalho. (R.G.1)

Desta forma, o mesmo aponta que a participação social é de fundamental importância no exercício do controle social ao passo que verbaliza que:

Com a participação dos usuários, da sociedade civil como um todo, ***a situação já tá como está, imagine se não tivesse essa participação?*** - (R.G.1).

A colocação expressa vai de encontro com a indicação de Costa & Vieira (2013, p.237), quando diz que:

A institucionalização da participação social, que se materializa em Conselhos e Conferências de Saúde, tem como intenção introduzir no interior do Estado uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável a presença e ação da sociedade. [...] para conferir sentido à esfera coletiva de decisão é necessário que seja preservada a condição de igualdade e liberdade de opinião entre os atores e que deva ser baseada na construção de consensos que visam o melhor para a coletividade.

A corresponsabilidade, é absorvida dentro de uma perspectiva ampla, onde estão postas as questões operacionais em saúde, assim como também, as demandas sociais, sobretudo no que tange a informação e educação em saúde voltadas para o fortalecimento da participação

social, que envolve todos os segmentos e suas atinentes representações, em um processo de cogestão que expressa:

A inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo. (BRASIL, 2013, p.8)

Nesse contexto, pontua-se a relevância da importância, por exemplo, da Política Nacional de Humanização,⁴⁴ que busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas.

Assim, de acordo com Brasil (2013, p.6), a transversalidade busca reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido, onde a junção desses saberes pode produzir saúde de forma mais corresponsável.

Dito isto, na visão do representante/conselheiro, segmento trabalhador do SUS, na entrevista de nº 01, alguns profissionais já partilham de ações voltadas para o empoderamento dos usuários acerca dos seus direitos e seus deveres no tocante as questões que perpassam a política de saúde no município.

Quando ao aspecto social existem ações sim, lá na ponta por parte de alguns profissionais que fazem alguns movimentos junto as comunidades que existe isso na esfera da saúde da família, na estratégia e saúde da família que fazem, assim, uma conversa com a suas comunidades que tentam esclarecer as suas comunidades a respeito da necessidade de estarem mais próximas no acompanhamento dessa política pública de saúde no município (R.T.S.1)

Apesar disso o representante/conselheiro, segmento dos usuários do SUS, na entrevista nº 01, assinala que o próprio trabalhador em saúde, muitas vezes, não detém as informações necessárias sobre as questões em saúde e a gestão propriamente dita, não obstante, na sua concepção, ele é mais um sujeito que se encontra vulnerável, não conseguindo dá um maior suporte ao usuário em sua respectiva abrangência, quando narra e explicita o fato a seguir.

⁴⁴ Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, não obstante, a política em si estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. (BRASIL, 2013, p.3)

O que acontece, quando... cada casinha tem um tanto de pessoas pra ela receber – *de acordo com os padrões da casinha...interessante, se a pessoa não estiver no raio, aquela pessoa não vai ser atendida, essa é uma demanda espontânea que vai deixar de se atender...Aí você vai lá pra constituição, que você tem que atender na área da saúde, que querendo ou não, ela faz parte, ela tem que ser atendida, você não pode negar um atendimento, ai vai ser negligência, aí o trabalhador também fica confuso “me falaram pra mim não atender”, por que só tem que colocar aquilo que tão me pedindo, de acordo com esse termo de referência aqui*, ou então, o termo de demanda, então, existe uma dificuldade muito grande dos próprios trabalhadores de entender isso, então isso é só um exemplo simples. (R. U.S.1)

Ainda sobre essa questão, retoma-se novamente a fala do representante/conselheiro, segmento governo, na entrevista de nº. 01, quando se reporta de forma narrativa, a sua experiência no exercício do controle social, lugar de onde expõe a sua visão acerca das problemáticas e/ou dificuldades no que se refere aos entraves postos a ampliação da participação social no exercício do controle das ações em saúde, a proteção do direito (usuário e trabalhador) e a influência de caráter prático para com a cidadania no município de Manaus.

[...] tem conselheiros e conselheiros.... *Tem alguns ali que estão ali realmente por que acreditam no sistema único, que é o melhor sistema público de saúde do mundo e que ele deve ser universal, deve atender todas as demandas da população. Mas, tem gente que não está ali pra isso não [...] tu acha que depois da implantação dos conselhos locais há uma dinamização desse processo? a tendência é que não ...*não nesse atual momento, por que assim, o projeto nosso dos conselhos locais ele é pioneiro no Brasil, ele é antigo já, e ele nunca conseguiu, (aqui em Manaus), ser implementado de fato, as atividades começaram em 2014, não mais ele é antes disso [...] Ele é um projeto pioneiro, só que ele foi implantado aqui em 2014 com muitas dificuldades, é conselheiro que não consegue se manter, não tem muito interesse também, os gestores também não querem um trabalhador da unidade... (é uma entrada e saída muito grande de conselheiros e ai se você fosse apontar o porquê dessa transição) O pessoal ainda tem muita aquela visão de que : *ah é conselho, o que eu vou ganhar pra ir?* Principalmente, os usuários que são, que deveriam ser os mais interessados nesse processo, aqui no “órgão” mesmo, eu estava no conselho, porque me indicaram, falaram: *Ah, tem uma vaga lá pro conselho, que é que vai? Ah não tem não, ninguém quer ir, por que o custo é seu...ah, manda o assistente social, que assistente social que gosta disso!* E me mandaram pra lá, e ninguém ganha nada para estar lá é um serviço público, de relevância social que não é remunerado, ai tem aquelas brigas por passagem, por diária. É um mata, mata [...] pra ver quem vai indicado quem não vai... então, o pessoal tem muito aquela visão de que o que que eu vou ganhar para estar lá?, o que que eu vou ganhar para ir pro conselho? Principalmente os locais. Então, por isso a grande, uma das grandes dificuldades da gente conseguir implementar de fato em determinadas zonas. *Outra situação, é a gestão que não tem interesse mesmo, e ai, o conselho local pra funcionar precisa, ele precisa ter conselheiros né...outra situação também, que as vezes o diretor da unidade acha que é o dono da unidade, ele não quer disponibilizar uma sala pro conselho*, as vezes o conselho funciona num espaço que não deveria funcionar, o conselho é na unidade, não é na casa de fulano, ciclano...clube de não sei da onde...e essa também é uma das grandes dificuldades que a gente tem enfrentado para implementação desses conselhos ai. (R.G.1)

Portanto, novamente, inscreve-se a ênfase a entraves posto a conduta de alguns conselheiros: a não-participação e rotatividade (entrada e saída) de conselheiros municipais nas comissões; as dificuldades quanto ao rendimento dos conselhos locais que também resvala nesse “troca-troca” de conselheiros ; a prevalência de interesses pessoais em sobreposição ao coletivo, e ainda, os “mandos e desmandos” por parte da gestão e gerência em determinados momentos nos espaços públicos, que fogem do real sentido do CMS/MAO no município de Manaus.

Nesse contexto, vê-se que muitas coisas e condutas tenham mudando no âmbito do planejamento e da gestão, por meio das normativas, todavia, o exercício do controle social, ainda se encontra imerso em uma perspectiva de subordinação, onde as relações sociais, na representatividade triparte, ocorre de forma ideológica e escamoteada, mistificada as ideias, bem como as representações do sujeitos em suas respectivas visões de mundo, o que faz com os homens de modo real ressignifiquem as origens, bem como as formas sociais de dominação política, seja nos espaços públicos ou até mesmo esfera pública.

Dito de outra forma,

A história é *práxis* (no grego, *práxis* significa um modo de agir no qual o agente, sua ação e o produto de sua ação são termos intrinsecamente ligados e dependentes uns dos outros, não sendo possível separá-los). Nesta perspectiva, a história é o real e o real é o movimento incessante pelo qual os homens, em condições que nem sempre foram escolhidas por eles, instauram um modo de sociabilidade e procuram fixá-lo em instituições determinadas (família, condições de trabalho, relações políticas, instituições religiosas, tipos de educação, formas de arte, transmissão dos costumes, língua, etc.). Além de procurar fixar seu modo de sociabilidade através de instituições determinadas, os homens produzem ideias ou representações pelas quais procuram explicar e compreender sua própria vida individual, social, suas relações com a natureza e com o sobrenatural. Esse ocultamento da realidade social chama-se ideologia. Por seu intermédio, os homens legitimam as condições sociais de exploração e de dominação, fazendo com que pareçam verdadeiras e justas. Enfim, também é um aspecto fundamental da existência histórica dos homens a ação pela qual podem ou reproduzir as relações sociais existentes, ou transformá-las, seja de maneira radical (quando fazem uma revolução), seja de maneira parcial (quando fazem reformas) (CHAUÍ, 1980, p.8-9).

O que explicita por exemplo, a expressão supramencionada, pelo representante/conselheiro, segmento do governo - *Ah, tem uma vaga lá pro conselho, quem é que vai? Ah não tem não, ninguém quer ir, por que o custo é seu...ah, manda o assistente social, que assistente social que gosta disso* (R.G.1).

O que pontua que o Serviço Social, enquanto, categoria profissional, ao logo dos anos, vem resgatando o compromisso para com os valores emancipatórios, o que é essencial para

direcionar a humanidade para outra forma de sociabilidade, por mais limitado que seja sua esfera de ação (LACERDA, 2014, p.34).

Atuação essa que não compete somente a esta categoria profissional, o que é bastante enfático, na fala e posicionamentos do representante em questão, segmento do governo – (R.G.1), assim como também, do representante/conselheiro, segmento usuário -(R.U.S.1) que também detém a mesma formação.

Mesmo assim, acredita-se que aproximação, bem como a atuação da categoria profissional junto aos conselhos de gestores de políticas públicas, entre estes, o CMS/MAO, deva contribuir significativamente na proposição de estratégias comuns ao campo democrático, assim como também, o fortalecimento dos sujeitos coletivos, dos direitos sociais e a necessidade de organização para sua defesa, construindo alianças com os usuários na sua efetivação

Essa posição da categoria na aproximação das esferas da participação permite, por exemplo, ante a fala do representante/conselheiros municipal, na entrevista de nº 01, a leitura acurada quanto a fragilidade que se encontra os conselhos locais, que por sua vez, enfrentam inúmeras dificuldades, sobretudo, na questão da ausência de formação e capacitação, o que dificulta a interação com a população/zona de atuação, o que não é nada favorável quando se pensa formas de ampliar a participação social em dada comunidade.

Nessa ótica, tal leitura propicia pensar formas conjuntas de superação dessas e outras dificuldades, sobretudo, no âmbito dos conselhos locais, haja vista que, na visão do representante/conselheiro local, na entrevista de nº. 05, a solução reside justamente, em fomentar comunicação e interação entre os pares.

O que precisa é adequar o SUS, é procurar meios para que o SUS atenda melhor a população...*o Conselho municipal tem que estar mais próximo o DISA e o DISA bem mais próximo do conselho local e o conselho local está fazendo a sua parte envolvido com a comunidade*...então assim, como o conselho local ele tem suas reuniões periódicas, assim como, o conselho municipal tem um calendário, assim com eu creio também, que o DISA tem o seu calendário...*tinha que ter mais reuniões frequentes no conselho municipal, DISA, conselho local ...não pra se fazer defesa do SUS...e sim que o SUS acolha mais pessoas, proximidade do SUS com as pessoas, dar mais atenção a quem realmente usa o SUS e ouvir aquele que necessita do SUS,* pra implantar coisas melhores no sistema...*o que podemos fazer pra melhorar o SUS? O segredo é a comunicação!* (R.U.C.L.5)

Por assim ser, a questão em si não é só de desalento, mesmo que de forma fragmenta e mínima, observa-se grande potencial nos conselhos locais, onde é possível vislumbrar um movimento crescente de participação social, conforme expresso os gráficos de nº 02 e 03,

presente no tópico 3.4.1, muito embora esses sujeitos políticos não tem recebido suportes expressivos para isto.

A grande mudança que está tendo nesse meio tempo é o seguinte, *o povo está começando a se conscientizar de que ele pode cobrar* [...] ele pode cobrar da seguinte forma, antes eles se queixavam e sabiam que aquilo não seria resolvido, e, hoje, eles estão procurando um meio para aquilo ser resolvido...*então, eles estão começando, muito timidamente, a formalizar as denúncias porque se não houver a denúncia não tem demanda*, não se tem o que resolver...*então, você nunca vai estar sabendo a onde está o problema*. A partir da denúncia que você vai descobrir o problema. Se aquilo está com dificuldade ou não... e primeiros nós não tivemos qualificação nenhuma, estamos mais aprendendo na prática. A gente foi buscando e nós mesmo fomos esclarecendo[...](R.U.C.L .5)

A despeito do exposto, sobre o movimento desta mudança, o próprio representante/conselheiro local entrevistado, de forma narrativa e contextualizada, sinaliza sua experiência pessoal quanto a assimilação da cultura política - de ações de fiscalização, participação, deliberação e interação nos espaços públicos, com os gestores, trabalhadores e usuários das unidades de saúde - no âmbito da atenção básica no município.

Olha o meu exemplo, *eu, estava em casa quando a conselheira chegou lá, eu vi ela com um papel na mão, e eu perguntei o que era, e ela disse que era a inscrição pra eleição do conselho local ...eu disse o seguinte "eu quero participar, eu quero que meu nome esteja aí"*, porque eu estou cansado de ir na unidade e ser mal atendido, ver as pessoas serem mal atendidas, ouvir as pessoas comentando que foram mal atendidas sem saber pra quem reclamar... e eu está cansado da situação e eu quero fazer parte...Ela me disse que pra mim fazer parte eu tinha que ser representante de alguma entidade. E eu fui apresentei um papel pra ela dizendo que eu representava aquela entidade em si.com CNPJ...(rádio comunitária). Comprovei que faço parte de lá, corri atrás das pessoas, as pessoas confiaram em mim e votaram em mim pra ser eleito...eu me ofereci, eu me dispus a fazer parte do conselho [...] *então a partir daí eu procurei saber quem era o conselheiro da zona norte, procurei o seu "José", procurei ir no conselho municipal arrumei uma ótima parceira que foi a dona "Maria" e nós fomos juntos, nós procuramos, nós corremos atrás ,fomos na sala do diretor, conversamos com ele, nos apresentamos, trouxemos o diário oficial porque até hoje não nos deram nosso crachá, certificado, liberação do nosso prédio, da nossa sede... ai a partir daí nós começamos a fazer um trabalho de formiguinha, chegar na associação e dizer: "olha existe um conselho, conselho local de saúde do qual você pode fazer sua reclamação, da qual você pode denunciar, do qual você não vai ser exposto, do qual se você fizer uma denúncia contra um funcionário que lhe atendeu mal, no outro dia que você for lá aquele funcionário não vai procurar lhe prejudicar, porque, ele não vai saber que foi você que denunciou...começamos primeiro a conscientizar as pessoas da necessidade de se denunciar. [...]* (R.U.C.L.5)

Com base nesta colocação, reitera-se a premissa de que os conselhos locais apresentam-se sem sombra de dúvidas como um mecanismo vem somar e ampliar os canais de participação social, de empoderamento de novos sujeitos e movimentos sociais no tocante ao exercício do controle social, num movimento crescente onde o conselho gestor em saúde, seja em nível

municipal, bem como local, de fato e de direito, se torne paulatinamente, uma lugar de arena, de consensos e, concomitantemente, de disputas de interesses - pautados na necessidade da coletividade que usufrui dos serviços de saúde no município.

[...] o conselho local tem a grande preocupação de estar constantemente junto com a comunidade, porque todos nós conselheiros locais, representamos os usuários, somos envolvidos com a comunidade...qual é a proximidade do conselho local com o municipal, o conselho municipal era pra dar o maior suporte, porque nós fazemos o trabalho dele de fiscalização...nós não temos o apoio adequado do conselho municipal...nós fazemos porque gostamos da comunidade, nos esforçamos e nos empenhamos pra que isso aconteça da melhor forma possível...o conselho local está procurando se reunir com as pessoas da limpeza pública pra que haja um mutirão nos bairros ...então, o conselho local tenta conciliar, procurar que as pessoas se sensibilize nesse ponto. Que cumpra as obrigações de um governante [...] (R.U.C.L.5)

No tocante, a este espaço de arena, um fator que tem sido alvo disputas no espaço do CMS/MAO, reside na questão elaboração das propostas de alteração do regimento interno de Manaus, iniciada em 2011 antes mesmo de entrar em vigor a Resolução 453/12 – MC/CNS que substitui a Resolução do CNS no 333, de 4 de novembro de 2003.

Sob a nova versão, segundo o conselheiro nacional, Clóvis Bouffleur, membro do grupo de trabalho que propôs as alterações da resolução, estão inscritas relevantes inovações do texto, onde estão postas mudanças e/ou recomendações em relação à:

TEMA	O QUE MUDOU
1. Atribuições	Na nova versão foram incluídas as atribuições previstas na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde. Assim, os conselhos poderão avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS e, além disso, irão examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.
2. Mandato	De acordo com a nova versão, o tempo de mandato dos conselheiros será definido pelas respectivas representações. As entidades, movimentos e instituições eleitas para o conselho de saúde terão seus representantes indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.
3. Renovação de entidades	A recomendação explicitada no novo texto é de que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.
4. Responsabilidades	A atualização do texto deixou explícito que, no exercício de sua função, o conselheiro deve estar ciente de que, responderá conforme legislação vigente por todos os seus atos.

5. Participação da sociedade	As reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde, além de serem abertas ao público, deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade.
6. Orçamento	O conselho de saúde terá poder de decisão sobre o seu orçamento, não será mais apenas o gerenciador de suas verbas.
7. Quórum	A nova redação esclarece os conceitos de maioria simples (o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes), maioria absoluta (o número inteiro imediatamente superior à metade do total de membros do conselho) e maioria qualificada (2/3 do total dos membros do conselho) de votos para tomada de decisão do CNS.
8. Competências	A adequação das competências dos conselhos ao que está previsto no atual regimento do Conselho Nacional de Saúde, também foi explicitada no novo texto.
9. Banco de dados	Compete ao próprio conselho, atualizar periodicamente as informações sobre o conselho de saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS)

Quadro nº 22 – Resumo das mudanças recomendadas pela Resolução 453/2012.

Fonte: Conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html

A partir desta resolução, há uma mudança expressiva nas recomendações, sobretudo, em relação ao tempo do mandato dos conselheiros, haja vista que incide a com a indicação de que ocorra a renovação representantes, de no mínimo, 30% de suas entidades representativas, o que tem sido alvo de bastante discussão e contrassenso entre os segmentos.

De acordo com os representantes/conselheiros entrevistados, do segmento governo e, respectivamente, usuários do SUS, mencionam essa questão como algo a ser resoluciona da, haja vista que resvala em questões do processo eleitoral, bem como os critérios de triagem, inclusão e exclusão de federações partícipes que tem haver, necessariamente, com mudanças expressivas nas formas de organização e participação social no município.

[...] estão querendo que a gente vá fazer uma reformulação, vai mudar muita coisa, e assim, cada usuário zonal ele é eleito, faz parte, de uma associação, federação. Que não necessariamente, a que representa melhor ali o barro, a zona, não necessariamente. *Mas, na época da eleição quem é que vota nessas eleições? Cada usuário, ele é filiado a uma federação de bairro que tem claro participação ou não com a saúde... e na época de eleição quem que são os inscritos? São as pessoas dessas federações, os que votam também são as pessoas dessas federações ...não é eleição aberta não - aberta no sentido de não ser toda a população... estranhíssimo, não é?...não é tipo conselho tutelar que é aberto...deveria, mas por conta de alguns desentendimentos dentro do conselho, tudo que um processo desse vai acarretar não é feito, mas deveria ser assim, é nesses moldes que eu estou te falando...fica muito direcionado... (R.G.1)*

*Aí nós estávamos no processo de regimento interno, foi uma briga a questão do regime interno, é outro gargalo dentro do conselho, por que no regimento interno ele dá uma diretriz do que você tem que fazer, das suas limitações enquanto conselheira, até onde tu vai chegar, e é dentro disso que se especifica quais as instituições que participam dentro conselho, e aí que o pau comeu, como diz o caboco, sabe por que? Certas instituições, se você abrir o controle social, que você tem que promover, fomentar a participação social, por que que “eles” tem que tirar as instituições? *Eles queriam tirar algumas instituições, então assim, a gente brigou, brigou para que não houvesse a votação do Regimento, e não houve em 2014.* (R. U. S. 1)*

A partir das falas, corrobora-se com as sinalizações de Tatagiba (2002), quando sinaliza que é preciso estar atento aos dispositivos legais para que esses não se figurem como mecanismos excludentes da heterogeneidade da composição do conselhos, desconstruindo a possibilidade de representação, pois essa ação uma vez executada, tende-se a obstaculizar o processo de influência democratizante no espaço do conselho, não obstante, essa assertiva nos remete a um processo de reflexão, frente a seguinte indagação: *Como se estabelecer critérios para definição de entidades que podem ter assento nos conselhos sem ferir o princípio elementar que é o direito à participação nas decisões políticas?*

Ademais, a autora pontua que,

“Heterogeneidade na composição, respeito a diferença e capacidade de construir adesões em torno de projetos específicos parecem ser condições necessárias tanto para dotar de eficácia as ações dos conselhos, como para ampliar o seu potencial democratizante”. (TATAGIBA, 2002, p. 62)

Nessa linha de raciocínio, os conselhos gestores, e aqui especificamente, o CMS/MAO, deve (m) sobretudo, contemplar a função pedagógica, no sentido de construção da cidadania, do direito social, como fruto da reinvenção dos padrões de convivência democrática voltadas a uma nova expectativa de resultados provenientes do envolvimento dos sujeitos políticos, com o conselho gestor e até mesmo com a gestão em saúde propriamente dita em Manaus.

Portanto, as disputas propriamente evocam a dinamização das relações de poder que por ora, não são tomadas somente como mecanismo de autoafirmação das relações humanas, mas também como uma ação pedagógica, de conservação da liberdade, onde o representante pode comprometer-se em favor de agendas democráticas, podendo desta forma exercer com ética o que lhe foi outorgado pelo grupo que o elegeu (FOCAULT, 2001 apud MARINHO, 2011).

Para além disso, Tatagiba (2002) chama atenção quanto a importância da dimensão representativa tripartite, a necessidade de estabelecer diálogo e discussão com os segmentos que representam, o que tende a minorar a discussão esvaziada ou até mesmo a defesa de projetos individuais acerca das questões postas ao exercício do controle social e tomada de decisão, sobretudo, por parte do segmento dos usuários, haja vista que,

Somente por meio da articulação entre mecanismos de representação indireta da articulação com os organismos populares de democracia de base que o elemento de uma nova concepção de democracia pode surgir e tomar corpo. (COUTINHO, 1992 apud BRAVO, 2006, P.84)

Dito de outra forma, atualmente, há o grande desafio de entender a ação política como parte constitutiva da vida social, tendo a ciência que,

A noção de democracia participativa delineada não implica o descarte da validade dos mecanismos de representação, mas aponta para a sua complementariedade como formas ampliadas de participação nos processos decisórios e de deliberação. [...] A participação política nos marcos da noção de democracia participativa implica, desse modo, a redefinição das relações entre Estado e sociedade, o fortalecimento e a democratização da sociedade e do Estado (BRASIL, 2007, p. 125-126)

Como mencionou anteriormente o representante/conselheiro local, na entrevista de nº 06, a grande dificuldade dos conselhos de um modo geral reside na comunicação, ou seja, a ausência de espaços dialógicos.

Nesse sentido, reitera-se neste ato, a partir das sinalizações de Tatagiba (2002), que a comunicação, isto é, o contato direto de aproximação entre representante-segmento é uma das portas abertas que tende a minorar as dificuldades de participação social e desconstruir as noções de esvaziamento de sentido da “voz” dos representantes, isolamento e a debilidade de ação dos mesmos, seja nos espaços públicos democráticos, quanto na esfera pública.

Nesse campo, portanto, fundamenta-se a importância das comissões, na realização de suas atividades no interior do CMS, sobretudo, no que tange a fiscalização e execução de ações próprias do controle social inerentes para funcionamento adequado das ações planejadas, bem como prestações de serviços de qualidade a população como menciona o representante/conselheiro entrevistado, segmento usuário do SUS, entrevista de nº 02, quando diz que:

[...] por que eu mesmo tinha o entendimento que o conselho de saúde era uma outra coisa, era apenas ter uma compra pra fiscalizar, pra olhar, para reclamar, mas não, você tem outras missões mais importantes, *e o coração do conselho tá aonde?...tá nas comissões né, [...] .as comissões que trabalham e levam a saúde adiante [...]*(R.U.S.2)

Desta forma, no que diz respeito a comunicação e informação a saúde pontua-se, por exemplo, a relevância das ações empreendidas pela Comissão de Comunicação e Informação em Saúde, Divulgação e Articulação (CISDA), juntamente com os conselheiros, pois através desta comissão é possível organizar, divulgar, informar e mobilizar pessoas no tocante a importância da participação social no exercício do controle social no município de Manaus.

Assim, como se bem registrou, no tópico 3.4.1, a realização da 8ª Semana do Controle Social, que mobilizou a participação de 749 pessoas de diversas zonas de Manaus para discutir

questões sobre o SUS; a execução do - Projeto de Comunicação e Informação do Controle Social do SUS na Região de Saúde do Entorno de Manaus (Rio Preto da Eva, Presidente Figueiredo, Iranduba, Autazes e Manaquiri) e Municípios do Alto Rio Negro (Careiro da Várzea, Careiro Castanho e Nova Olinda do Norte) que envolveu vários conselheiros, para levar informação em saúde para as respectivas localidades.

O que tende a fortalecer os elos de ligação com o público fora do conselho, criando redes de solidariedade e mobilização social da população da região do entorno e do município, ou ainda, as ações empreendidas pela Comissão de Assessoramento aos Conselhos Locais e Distritais de Saúde (CACLDS) na implantação, recomposição e funcionamento dos conselhos locais no município.

[...] o conselho não é só reclamar, o conselho não é só fiscalizar, o conselho tem outras ações importantes...e a comissão de assessoramento, eu acho interessante... nós trabalhamos em cima da...da... criação dos conselhos locais, que é as vezes funciona na unidades, as vezes em outro local né quando não tem espaço...mas geralmente todos é dentro da unidade, pelo menos os da zona norte são dentro da unidade...*essa comissão ela é importante por que ela assessora diretamente os conselhos locais na comissão, pra que eles possam entender como se formaliza o conselho local na sua condição de controle social*, que ele é importantíssimo no processo... (R.U.S. 2)

Portanto, o isolamento político é uma barreira posta que precisa ser superada no âmbito dos conselhos gestores, acredita-se que só mesmo através de um trabalho realmente em conjunto, de forma solidária entre governo, trabalhadores e usuários é possível avançar no campo de fortalecimento da gestão em saúde, no aprimoramento das ações de controle e na participação social nos espaços públicos democráticos, que tende a impulsionar o fortalecimento da cidadania.

Assim sendo, os representante/conselheiros entrevistados, segmento trabalhador e usuário do SUS, quando questionados sobre a relevância da informação e comunicação em saúde, bem como a clareza de dados e suas possíveis contribuições para melhor fiscalizar a política de saúde no município de Manaus, muitos dos entrevistados, sobretudo, do segmento trabalhador e usuário, sinalizam que essa questão é muito importante, pois pode contribuir significativamente para melhorar as questões em saúde, contudo, os mesmos ressaltam que essa ação ainda é muito complexa e insipiente no interior do CMS/MAO, como bem denota as verbalizações contextualizadas abaixo.

Então eu acho que *essa questão da informação ela é complexa e tem a questão do recurso financeiro*, Veja só, [...] o conselho Municipal de Saúde emite um boletim periódico, aí você diz assim: *“ei, mas cadê esse boletim? Ah, não teve dinheiro pra*

pagar. Então é aquela coisa que eu falei, não tem recurso suficiente pra trabalhar a publicitação das ações e levar essa informação mais próxima da população, então [...] existem pessoas que querem levar a informação, mas a questão do financiamento disso é que é talvez o maior entrave, porque até pra você fazer uma campanha de divulgação de qualquer coisa, eu por exemplo, estou há 2 anos planejando, colocando no plano de trabalho da comissão de fiscalização de ações e serviços em saúde uma campanha de divulgação de um 0800, que é o disque denúncia em saúde, mas eu não consigo executar por que? Porque não tem recurso, não tem dinheiro (R.T.S.1)

O conselheiro tem que estar atento as informações que são dadas, exemplo, lanchas, as ambulâncias, quantas você já viu rodando em Manaus, quantas você viu rodando no interior, passou, foi aprovada, foi milhões, foi feito, eu não tenho informações se está funcionando ou não, né. (R.U.S.1)

Eu acho que tem que melhorar e muito, apesar de termos os conselhos, termos a sociedade de um certa forma organizada, mas geralmente o cidadão em si, o usuário, as pessoas eles não gostam de participar, o povo não gosta de participar, eles preferem ficar discutindo na esquina, falando mal, ou então fica discutindo com o atendente que não tem poder de decisão, de resolver nada, **que é uma vítima do sistema, em vez dele participar, de procurar, de entender o seu direito e obrigações, muitas vezes não contribui [...]** (R.U.S.2)

Como se pode observar, a questão da comunicação e informação em saúde, é de fato muito complexa, pois a partir das falas é possível verificar entraves e falhas propriamente ditas nas formas de comunicação adotadas, que vai desde a base local, no contato entre usuário e profissionais, perpassando a realidade do CMS dos conselheiros no exercício do controle social, isto é, o diálogo entre a representatividade tripartite, até chegar a gestão propriamente, que na visão de pelo menos 2 (dois) dos 9 (nove) representantes/conselheiros municipais e/ou locais, não tem contribuindo para dinamizar esse quesito tão importante para o fortalecimento da ações em saúde e participação social e/ou cidadã no município.

Com certeza, por que **eles só mostram o que querem, só há maquiagem, vou ti dá um exemplo, medicamentos, é foi pago agora, um quantitativo (x) e não tem medicamento,** eu pago uma situação, que eu não recebi, que eu não tenho pra jogar na rede, hoje no nosso município, não vou falar no Estado, mas no nosso município tá morrendo pessoas de diabetes, **só pra ti ter uma ideia, mas se tu olhar os folders dessa gestão aqui tá tudo legal, mil maravilhas... reforma, ampliação ...é ...ti levo em alguns lugares da minha zona, a reforma é só pintura, é como eu tô ti falando...só pra ter uma visão [...]** e você vai perguntar: **isso é uma casinha de saúde? Tá desse jeito?** Por exemplo, entregaram uma casinha aqui na Redenção reformada que o ar condicionado não prestava, nunca funcionava, então, se tu olhares os folders...no próprio conselho municipal, se tu olhares aqui (jornal sobre a mesa), tu vai ver que tem um monte de gente, que nem conselheiro atuante é, tudo aqui tá a mil maravilhas, mas na realidade, nunca fizeram nada por aqui, mas é que tá, por que é amigo da gestão. (R.U.S.3)

Nós trabalhamos muito a divulgação do controle social por panfletos, por comunicações, revistinhas, jornais, pra levar até o usuário [...] o que ele entende por direito, o que que ele precisa ir buscar [...] **Olha em relação a gestão, tem que haver mais diálogo, chamar o usuário, o trabalhador pra se comunicar, pra que saia um trabalho perfeito, em certos momentos ela fica engessada dentro da gestão, e**

fica...como digo assim, fazendo as coisas, espera que aconteça...não quer levar ao público, fica lá...mas se ele chamasse o usuário, o trabalhador...a gestão chamasse pra uma conversa. (R.U.S.4)

Os entraves supramencionados anteriormente durante este estudo, associado à baixa e/ou ineficiência da comunicação na realidade dos espaços públicos e com a população de um modo geral, na realidade brasileira, e aqui, especificamente, na realidade manaura, ferem indubitavelmente o direito sociais e, aqui nomeadamente, o direito à saúde, que apesar das ações empreendidas, se firma dentro de uma perspectiva contraditório, através do distanciamento entre o “SUS real” e o “SUS legal”, haja vista que empobrece a operacionalidade, isto é, a denominada eficiência e eficácia no campo da gestão da política de saúde.

Tal cenário é fruto da centralização da informação na figura da gestão ou até mesmo entre os técnicos, que repercute em entraves e dificuldades, sobretudo, para o segmento usuário e sua representação na realidade do CMS/MAO, de conhecer e, por conseguinte, participar do planejamento integrativo no município (FALEIROS, 2010).

De acordo com Teixeira (1985), essa situação, é tomada como fruto do capitalismo globalizado, que apregoa e enfatiza um diversidade de políticas sociais, que põe em voga, “tipologias de cidadanias”, entre as quais se inscrevem traços da cidadania: a) Invertida - onde o direito ainda é tida como uma benesse do Estado, b) Regulada - onde o direito se inscreve dentro de uma perspectiva de contribuição e c) Plena – onde de fato o Estado é responsável em garantir o mínimo vital os cidadãos em relação a saúde, que congregam em si, conflitos e contradições.

Deste modo, corrobora-se com as sinalizações Carvalho (2002), quando explicita que a cidadania, na realidade brasileira, se consolidou de forma invertida, pois primeiro, vieram os direitos sociais - implantados em período de supressão dos direitos políticos e de redução dos direitos civis por um ditador que se tornou popular, depois, vieram os direitos políticos - sob a forma do direito ao voto, que contraditoriamente, também se consolidou em um período ditatorial, em que os órgãos de representação política foram transformados em peça decorativa do regime, por conseguinte, vieram os direitos civis - que ainda hoje continuam inacessíveis à maioria da população.

Segundo o autor, diferentemente de outros países democráticos, a pirâmide dos direitos no Brasil foi colocada de cabeça para baixo, o que por exemplo, justifica a concepção do Estado como o todo-poderoso, ora é tido como o repressor e cobrador de impostos, ora como um distribuidor paternalista de empregos e favores.

Cenário este que faz com que a ação política seja orientada para a negociação direta com o governo, sem passar pela mediação da representação, o que reafirma, que ausência de organização ampla e autônoma da sociedade, situação que tende a favorecer os interesses corporativos em detrimento dos coletivos.

Nesse sentido, para além das questões postas em nível local, isto é, a realidade do CMS e da gestão em saúde no município de Manaus, as políticas sociais, detém fatores condicionantes de autoafirmação, entre as quais impera, a missão de dirimir e/ou atenuar as desigualdades sociais impressas pelo capitalismo excludente globalizado que desequilibrou os estados nacionais e suas respectivas regiões, haja vista que o cenário internacional também traz uma série de fatores dificultadores para a construção da cidadania.

A redução do papel do Estado em benefício de organismos e mecanismos de controle internacionais tem impacto direto sobre os direitos políticos. Nesse universo, o pensamento liberal volta a insistir na importância do mercado como mecanismo auto-regulador da vida econômica e social. O cidadão se torna cada vez mais um consumidor, sendo afastado paulatinamente das preocupações com a política e problemas coletivos (CARVALHO, 2002).

Por outro lado, para Ianni (2000), esse cenário põe em voga, seja no âmbito internacional, nacional, regional e local, a emergência de novos movimentos sociais e a ênfase na organização da sociedade, que na sua essência não precisa ser forjada contra o Estado em si, mas contra a perspectiva no interior do Estado que ainda convergem ações de cunho clientelista, corporativo e colonizado.

Assim sendo, experiências recentes assinalam uma direção de colaboração entre sociedade e Estado que denota um caminho a seguir, por exemplo, muitas prefeituras experimentam formas alternativas de envolvimento da população na formulação e execução de políticas públicas em nível local, entre os quais estão os espaços públicos ora personificados sob a forma dos conselhos de saúde, onde a participação apesar insipiente, se configura de extrema relevância para vida da maioria da população.

A despeito disto, sinaliza-se que na visão de pelo menos 2 (dois) dos representantes/conselheiros municipais, segmento do usuário, abordam claramente que apesar dos entraves, o conselho na figura da dimensão representante tripartite, aos poucos, vem propiciando aprendizagem pelo exercício do controle social no espaço público do CMS/MAO, empoderamento que contribui significativamente para o aprimoramento a gestão da saúde no município, embora haja ciência que ainda há muito a se conquistar.

Apesar dos pesares, o conselho tem a sua relevância [...] *o conselho já conseguiu muitas coisas, tipo a questão de ampliar a questão de medicamentos, entrou mais 70 medicamentos né na REMUMI; nós tivemos aí, são conquistas de 2011 pra cá, nós conseguimos aí ampliar outros projetos, como os NASF's, são principalmente para área ribeirinha, do que área urbana, e está sendo adaptado de acordo com a realidade; aí conseguimos também a ampliação dos módulos da saúde, com educadores físicos - Tendo em vista que a saúde hoje, 50% está numa situação de obesidade extrema, então já, o Ministério da Saúde, nacionalmente já começou a criar atividades, pra que isso não acontecesse.* Então existe os NASF's, os módulos que foram ampliados, com os educadores; existe um módulo de saúde de Estratégia da Família que eles chamam que é ampliado, que tem esses educadores, fisioterapeutas, massoterapeuta...Esses NASF's, esses módulos de saúde da família, esses novos deveriam estar sendo implantados de 2013 pra cá, ai eu não sei ti afirmar como é que tá...se estão funcionando ou não! *Tem um que é aquela balsa, que tá funcionando na área ribeirinha, ficam itinerante, de 15 em 15 dias em uma comunidade. Então assim, ai tem um pra Parintins também, não sei se foi Parintins [...]Então assim. Essas pequenas conquistas que vão trazendo uma nova cara pro conselho , porém ainda tem muita coisa pra conquistar, pra fazer, e infelizmente a gente depende das pessoas que também estão no controle.(R.U.S.1)*

Com relação a isso aí, eu acredito na realidade estamos 50% entendeu, supre a necessidade? As vezes de alguma forma. Estamos anos luz a frente de alguns Estados, mas não vou citar nomes pra fazer comparação por que também são Estados que não investem [...] há controle social? *Há. Há fiscalização? Há. Mas, acredito que se nós tivéssemos mais condições a fiscalização seria melhor, se tivéssemos mais cursos né... (R.U.S.3).*

Nessa linha de raciocínio, a proteção e a defesa do direito em saúde, a dinamização da cidadania no sentido amplo, na realidade brasileira, e aqui, especificamente, na realidade da população manaura, é concebida como uma verdadeira provocação aos projetos individuais e coletivos, onde os sujeitos sociopolíticos, particularmente falando, a dimensão representação tripartite, na figura de gestores, trabalhadores e usuários do SUS, no interior do CMS/MAO, são incitados a levantar a reflexão, assim como também, novas possibilidades de participação social, sem perder de vista, a autonomia, a dimensão interativa e expressiva da participação popular e/ou cidadã (BRASIL, 2007).

A sociedade de um modo geral, sobretudo, os novos movimentos sociais, compete a função, de se estabelecer, o alargamento da política para além do marco liberal da distinção entre Estado e sociedade civil.

Para Santos (199, p. 170), esta é a única forma de se estabelecer uma política horizontal entre cidadãos, a ideia de participação e da solidariedade concretas na formulação de uma vontade geral, pode de fato, fundar um nova cultura política, que tem como premissa básica a qualidade de vida, onde os cidadãos/comunidade conhecedores (a) dos seus direitos e deveres, podem empreender experiências novas no que se refere a autogoverno, na descentralização de ações e, por conseguinte, mais e mais vivencias da democracia participativa.

Assim sendo, uma nova perspectiva de soberania popular, não anula em si a democracia representativa, pelo contrário, ela é um fator positivo, que deve ser apropriado pelo campo social da emancipação, pautada em um novo senso comum político de onde se inscreve uma nova perspectiva de cidadania, menos disciplinar, dessocializante, déspota, reformista ou até mesmo messiânica.

Nessa perspectiva, corrobora-se com as sinalizações de Santos (1991), de compreender que o desafio é coletivo, de empreender uma nova forma de teorizar e operacionalizar a democracia; de nos permitir reconstruir o conceito de sujeito, tendo como ponto de partida a noção da obrigação política de forma vertical - entre cidadãos *versus* Estado, e, horizontal – entre cidadãos *versus* cidadãos, em um espécie de renascimento da cultura política, e não é de qualquer uma cultura política, mas sim, para quem a cultura e o renascimento cultural se constitui, como uma pedagogia da emancipação propriamente dita.

Isto significa dizer que a simples pactuação de normativas entre os entes da federação, não implica necessariamente, uma mudança do *status quo* da política de saúde no Estado Brasileiro e Manauara, como bem denota Rosanvallón (1997), a reconstrução do Estado de providência perpassa, sobretudo, pelo seio da sociedade civil na construção de uma nova cultura política, de alternativas de mudanças capazes de estabelecer uma nova relação Estado-sociedade, numa ação contínua entre indivíduo-coletivo, em um verdadeiro exercício da cidadania.

Assim, reitera-se a estas sinalizações a fala de Coutinho (1997) a despeito da configuração e compreensão da atual relação entre Política - Estado - direitos sociais na sociedade moderna, quando ressalta as contribuições de Marx, ao escrever o Manifesto Comunista: “ *O Estado é a forma na qual os indivíduos de uma classe dominantes fazem valer seus interesses comuns*”.

Citação que explicita que a ação do Estado se consolida em uma conjuntura de luta de classes, a exemplo disto, pontua-se a luta histórica protagonizada entre donos do modo de produção *versus* proletariado, que se instaurou e se resignificou com o processo de reestruturação produtiva e se perpetua até os dias de hoje. Por assim ser, compete a leitura que o mesmo movimento contraditório que instigou o “caos”, trouxe a cena expressões da questão social sem precedentes na historicidade da sociedade moderna, paralelamente, incitou a construção de uma nova cultura política por parte dos sujeitos sociais, da organização de suas respectivas coletividades.

Nas palavras de Ianni (2000), historicamente, se consolidaram, de dentro para fora, no seio da sociedade moderna, hegemônias alternativas que evocaram e ainda invocam nos dias de hoje, a partir de suas especificidades, o redimensionamento do Estado, de onde é possível vislumbrar inúmeras conquistas sociais, como por exemplo, o sufrágio universal; o acesso a direitos trabalhistas; o direito positivo a saúde e outros, que poderiam aqui ser mencionados.

Essas sinalizações, expressam, sem sombra de dúvida, na sociedade capitalista, a prevalência e latência de conflitos, sobretudo, a luta de classe na sociedade contemporânea, seja na esfera local, nacional, internacional e/ou global. Nessa perspectiva, esses e outros fatos visíveis cotidianamente, demonstram e enfatizam, que era, e, ainda é possível, a ampliação da figura do Estado; a expansão dos direitos políticos; a instauração de uma nova democracia; a formulação de políticas públicas, bem como políticas sociais, entre elas, uma política de saúde condizente com a necessidades e demandas postas pela sociedade.

Para tanto, é preciso que mais e mais sujeitos e/ou grupos organizados se reconheçam nesse processo de “arena”, de “campo de disputa”, atuando enquanto dos sujeitos de direitos; no empoderamento dos espaços políticos, para garantir na esfera da coisa pública, os seus interesses, operando assim, enquanto classe social, sociedade civil politizada, que necessita de saúde de qualidade, que luta e é capaz de assegurar na esfera pública, de fato e direito, a promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio de mecanismos de controle e participação social, conforme assegura a legislação do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo em tempos de globalização, recessão econômica e ajustes fiscais por parte do Estado em setores estratégicos, o Conselho Nacional de Saúde (2006), assinala que a normativa Pacto pela Saúde avança na efetivação do controle social ao determinar que os gestores das três esferas de governo assumam publicamente suas responsabilidades, por meio dos termos de compromisso de gestão que deverão ser aprovados nos respectivos conselhos de saúde, o que implica na qualificação dos processos de planejamento, programação e avaliação das políticas de saúde no território nacional em suas distintas localidades.

Dito isto, o estudo em questão teve por objetivo central analisar o modo pelo qual se consolida a gestão partilhada, compartilhada e solidária da Política de Saúde na Cidade de Manaus, a partir da perspectiva da representatividade tripartite no interior do CMS/MAO, o que permitiu evidenciar nuances em torno da implementação desta normativa, sobretudo, em termos da participação no exercício do controle social no âmbito da gestão dos serviços em saúde, assim sendo, apontar-se-á neste momento, os principais resultados desta pesquisa, obtidos pela análise teórica, documental e pesquisa de campo, onde se trabalhou a visão dos representantes/conselheiros entrevistados acerca das categorias analíticas do presente estudo.

Com base nos resultados da pesquisa, verificou-se que o controle social tem significado um espaço de interlocução pública, que expressam interesses diversificados, haja vista a pluralidade dos segmentos que muitas vezes se contrastam no âmbito da representação tripartite.

Nesse sentido, salienta-se que durante o transcorrer da pesquisa, na interação teórico-documental-empírico, em vários momentos da pesquisa, as demandas postas sob a forma do planejamento, isto é, planos municipais e programações anuais de saúde, oscilam em termos de efetivação, em função da existência vários dificultadores, que inscrevem ante as limitações de financiamento, estruturais, sobretudo, políticas, haja vista a correlações de forças existente no espaço do CMS/MAO.

No que se refere aos mecanismos de representatividade social no âmbito da saúde no município de Manaus, é possível pontua-se que os mesmos são efetivos e estão em cumprimento a determinação das Leis Orgânicas da Saúde e demais resoluções vigentes, quando diz que, os conselhos, assim como também, as conferências, possuem como finalidade avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

Nesse campo, registrou-se que o CMS/MAO, dá um salto qualitativo no tocante a ênfase de uma maior participação da sociedade em 2006 com a realização das pré-conferências, por meio da Semana do Controle Social, elemento prioritário da agenda local, estratégia que permite avaliar de forma minuciosa as ações e os serviços de saúde quadrienalmente e subsidiam a realização da Conferência Municipal, Estadual e, por fim, Nacional.

Todavia, cumpre destacar que a simples realização das conferências, sob a forma de discussões e proposições dos sujeitos partícipes, assim como também, a implantação e reestruturação dos conselhos locais, ocorridas no ano de 2013, não asseguram de fato e de direito, o acesso, bem como a qualidade de serviços prestados à população no âmbito local, o que ainda é um desafio posto.

Tal inferência tem como base, as falas do sujeitos entrevistados que explicitam claramente a insatisfação dos segmentos representativos, sobretudo, dos usuários do SUS, quanto ao não atendimento de demandas legítimas da população no usufruto da oferta dos serviços e cuidados em saúde, materializadas nas pré-conferências e conferências municipais, conselhos locais, que muitas vezes, não fazem parte da agenda da gestão e gerência da política no município de Manaus

As falas dos entrevistados denotam em relação à Gestão, tanto no âmbito da Secretaria Municipal, quanto do próprio CMS/MAO, sinais de traços ditatoriais e arcaicos, que não condizem com as sinalizações dos elementos jurisdicionais, e muito menos, com a normativa em vigor, lugar de onde é possível, a problematização quantos aos direcionamentos do planejamento, execução das ações, bem como prestação de serviços à população.

Durante momentos da pesquisa, independentemente do segmento, incide a visão de que a gestão maior não tem estabelecido um bom diálogo para com a representação, sobretudo, em relação aos Trabalhadores e Usuários do SUS, o que explicita as falas incisivas quanto a tomadas de decisão fora do espaço público (do debate e dos contrapontos), o que na ordem prática alija e aparta os representantes/conselheiros dos direcionamentos e deliberações sobre a condução da política de saúde no âmbito municipal.

No que diz respeito as relações de poder no âmbito da representatividade tripartite no Conselho de Saúde Municipal, verificou-se um cenário bastante contraditório, pois ao se pensar relações de poder incide a noção de uma relação que visa conseguir algo, quer seja por direito, por controle ou por influência, que tem na disciplina, sua forma de expressão mais evidente, ao passo que *“estabelece relações entre: opressor-oprimido, mandante-mandatário, persuasivo-*

persuadido, e tantas quantas forem as relações que exprimam comandos e comandados” (FERREIRINHA & RAITZ, 2010, p. 371).

Nesse sentido, verificou-se que as correlações de forças no interior do CMS se expressam principalmente a partir da relação de comandos e persuasão da gestão para com a representação tripartite do CMS/MAO; Segmento do Trabalhador para com Segmento Usuário, onde o espaço público são conquistados seja pela força ou pelo consenso, o que na ordem prática explícita, por exemplo, os avanços e conquistas no tocante a prestação ao acesso de serviços na rede municipal, expressos na a implantação dos NASF's, ou ainda, as conquistas dos trabalhadores, exemplificada, na efetivação dos Agentes Comunitário de Saúde a exceção à regra do artigo 37 da Constituição, que versa sobre a efetivação de servidor público somente via concurso.

Com base nesses fatores, torna-se evidente que o peso político do segmento depende da capacidade de articulação e negociação de cada classe representada junto à gestão, assim também, se configuram, os retrocessos expressos sob as formas de autoritarismo; da personificação dos projetos individuais em detrimento dos projetos coletivos no espaço público; o engessamento, bem como falta de compromisso da gestão frente as demandas postas pela representação tripartite e outros.

Registra-se, portanto, que a gestão si, não se pode bastar tão somente em ouvir e anotar as demandas postas pela representação tripartite, sobretudo, aquelas pontuadas pelos segmentos usuários e trabalhadores dos SUS, situação expressa nas falas dos sujeitos entrevistados quando pontuam que é preciso mais! Mais escuta, diálogo, planejamento estratégico, solicitude e vontade política para intervir na modificação e transformação da realidade posta.

Acredita-se que essa mudança de comportamento e apreensão do conceito de cidadania e participação em sentido pleno, podem contribuir para superação de uma cadeia de dificuldades vivenciadas por quem está na ponta, seja quanto trabalhador ou mesmo usuário dos serviços.

Só mesmo a junção de esforços podem contribuir para qualificar o acesso à saúde por parte do usuário, pensar a melhoria da condição do trabalhador/servidor público, que desencadeia, em um outro momento, o adoecimento dos profissionais de saúde, que por sua vez, não recebem o suporte devido pelo CIST/CEREST, muito embora seja institucionalizado no município, encontra-se insuficientemente operacionalizado, ao passo que não recebem o suporte necessário para amparar o Trabalhador em Saúde.

O que denota, a eclosão de mais e mais expressões da questão social resultantes das problemáticas em torno da saúde na realidade município de Manaus, contraditoriamente,

alimentada pelo discurso manipulador do *status quo*, onde população manauara de um modo geral, parafraseando Marinho (2008, p.21), acaba “*vivendo em cima de um barril de pólvora, sem que esta exploda, isto é, sem que a massa oprimida se revolte de fato*”.

Nesse contexto, com base nas proposições do autor, em interpretação de Foucault a despeito do poder, as pessoas, e, aqui especificamente, a gestão e os respectivos segmentos que compõem o CMS/MAO, não reconhecem, não na sua integralidade, ter poder, em contraponto, sobretudo, os usuários admitem ser difícil lutar contra a máquina montada, o que faz com que se perpetue as relações de dominação em detrimento das relações democráticas e mais horizontais no campo da saúde.

Mesmo assim, é importante ter ciência que as evidências históricas expressas sob a forma das conquistas e direitos sociais, sobretudo, no campo da saúde, nos espaços públicos dos conselhos gestores, dão significados e significantes diferentes a verdade do poder, que vem sendo paulatinamente, mesmo de forma sutil, palco de disputa e qualificação da participação da população do controle social.

Assim, compete a leitura que a representatividade do segmento usuário, prontamente, na realidade do CMS/MAO, é de grande importância, pois mesmo com pouco espaço -“voz e vez”, este segmento tem contribuído para aprimorar a gestão, bem como operacionalizar as ações, assim como também, tornar acessível os serviços de saúde a população.

Entende-se que a participação e controle social no interior do CMS/MAO, é fruto de um longo trabalho de aprendizagem entre os pares, sobretudo, em termos de cooperação entre os representantes/conselheiros em suas respectivas zonas, nas fiscalizações das unidades e estabelecimentos em saúde, realização de ouvidorias, avaliação dos relatórios de saúde, divulgação e mobilização para o exercício do controle social e outros, dentro e fora do respectivo conselho gestor.

Por outro lado, não se pode esquecer que entre instâncias que compõe a representatividade do CMS/MAO, o segmento usuário, é o que mais sofre com os “mandos e desmandos”, em função disso, a participação do usuário no exercício do controle social, é amplamente dificultada, isso significa dizer, que a paridade em si, ou seja, os 50% assentos resguardados pela resolução e regime interno em vigor no município não garantem equidade de peso político da representatividade do usuário no processo de tomada de decisão no âmbito da gestão propriamente dita.

Nesse sentido, registra-se que a representação dos usuários, não diferentemente de outras realidades dos conselhos gestores de saúde no país, ainda não superou o estigma de

subordinação e a burocracia da administração pública, mais que isso, o segmento em questão, ainda não consegue imprimir de forma concreta a superação da barreira política decorrente de vários fatores, entre os quais estão, a ausência de compromisso de muitos conselheiros eleitos, a constante troca de representantes, seja na esfera da representação, seja nas comissões e outros, o que enfraquece a capacidade de organização, articulação, bem como as negociações empreendidas no interior do conselho e deliberações.

Paralelamente as dificuldades, o outro lado da moeda, permitiu-nos vislumbrar que a implantação e reestruturação dos conselhos locais vem corroborando para a ampliação da participação dos usuários no exercício do controle social, uns mais organizados politicamente, outros menos, o fato é que esta ação vem desencadeando o interesse da população em conhecer e aproximar-se da gestão e gerência das ações de saúde na rede municipal, que se concretizam nas Unidades Básicas de Saúde, nas diferentes localidades do município.

Assim sendo, o Conselho Municipal de Saúde, assim como também, o Gestor e sua Equipe nas Unidades de Saúde adquiriram um parceiro a mais para mobilizar pessoas; fiscalizar e denunciar as deficiências da operacionalidade dos planos e programações de saúde; das questões de infraestrutura; da ausência de medicamentos e insumos; apontar a necessidade de manutenção de equipamentos quebrados, assim como também, a segurança das unidades - situação essa que vem sendo alvo da preocupação e ações dos conselhos locais de saúde em consonância com os conselhos de segurança pública, o que na ordem prática, amplia a dimensão de interlocução de atores sociais em prol do conceito ampliado de saúde.

O que nos permite inferir que a grande questão para enfrentamento dos entraves postos a participação no exercício do controle social e a gestão em saúde, no município de Manaus, reside justamente, em ampliar os espaços dialógicos nos conselhos gestores (municipais e locais), de modo a empoderar mais e mais sujeitos; fazer circular as informações a despeito da necessidade de se participar ativamente nos espaços públicos, o que permite garantir a exposição das demandas, defender propostas de enfrentamento como agendas alternativas à gestão pautadas nas reais demandas de cada localidade.

Nesse interim, Gohn (2013, p. 234), assinala que nos dias atuais, talvez seja o momento de pensar a necessidade da reforma da reforma sanitária brasileira, todavia, esse movimento não subjaz em negar o que prontamente foi conquistado, pelo contrário, incide em reconhecer, mas ao mesmo tempo, de forma crítica e propositiva, incentivar a inovação tecnológica em saúde; mas não somente em termos de produção material, mas também de busca de novos fluxos de trabalho e dos usuários no discurso que compõem a saúde.

Em síntese a autora, ressalta que se faz necessário recuperar a dimensão política das reformas sociais, o que significa, sobretudo, atribuir maior peso e importância à economia da política da saúde. Por fim, com base em todas as sinalizações supramencionadas, o estudo em questão, registra que a operacionalidade da gestão partilhada, compartilhada e solidária da Política De Saúde no Município de Manaus, ainda é muito insipiente, mas já rende frutos.

Observa-se que ainda há muita dificuldade em realizar de fato um planejamento que consiga conciliar de forma mais acertada a demanda e oferta em serviços de saúde. Tal dificuldade resvala em questões políticas, econômicas, culturais, sobretudo, territoriais.

Por assim ser, a regionalização ainda é um desafio posto as três esferas de governo, haja vista que os termos de compromisso ainda estão aquém da realidade propriamente dita, o que nos leva a pontuar novamente que o Pacto pela Saúde demanda “vontade política”, sem isto, pouco ou quase nada, nesse sentido se pode avançar.

Vontade política neste campo, denota, por exemplo, um maior compromisso dos gestores seja nas esferas tripartite ou bipartite, no tocante a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante da gestão, assim como também, compromisso nas áreas de planejamento, gestão do trabalho, educação em saúde e fortalecimento do controle social.

Nesse aspecto, registrou-se que o CMS/MAO, no último triênio, um baixo investimento em formação e educação do trabalhador em saúde, e, principalmente, usuários, o que explicita em vários momentos, uma série de dificuldades de exercício do controle social, até mesmo entre os conselheiros mais experientes, haja vista que a linguagem técnica presente nos relatórios de gestão dificultam a leitura, análise e as solicitações de correções e recomendações por parte da comissão de fiscalização, o que é de suma importância na implementação das ações pactuadas.

Concluimos que a ausência de suporte operacional, sobretudo, na gestão do trabalho em saúde, educação em saúde e fortalecimento do controle social, na esfera da gestão e gerência, trava o avanço da efetivação da participação no exercício do controle social.

Reafirma-se nessa ótica, que o controle social é de fundamental importância para qualificar os processos de planejamento, programação e avaliação da políticas de saúde no território nacional em suas distintas localidades, logo, se estabelece uma via de mão dupla, onde Estado e Sociedade necessitam estar próximos, para que assim se assegure, de fato e de direito, o acesso à saúde e a dinamização seja no âmbito local e nacional.

Nesse campo, é importante frisar que em tempos de globalização não se pode ter a visão ingênua que a existência de instrumentos jurisdicionais e normativos garantam o exercício da

cidadania de forma plena, o que reafirma que só mesmo a união de forças, diálogo e consenso, podem possibilitar a reconstrução do Estado.

Concorda-se, portanto, com Santos (1999), quando assinala que a descentralização das ações perpassa a noção da participação e da solidariedade enquanto elemento fundamental de uma nova cultura política, onde os sujeitos políticos conhecedores dos seus direitos empreendem experiências novas no tocante a operacionalização das políticas públicas e sociais, a partir de uma democracia genuinamente participativa e libertadora.

Com base nisto, recomenda-se pois, a ênfase da luta cotidiana pela cidadania, do “direito a ter direito” por intermédio de mais e mais participação no exercício do controle social, de forma incisiva nos debates, arguições, defesa de agendas alternativas a gestão em saúde, sobretudo, pelos trabalhadores e usuários do SUS nos espaços dos conselhos gestores, num movimento crescente de busca da redefinição dos conjuntos de valores e métodos do Estado, em seus respectivos governos, gestão e gerência, quanto a noção de progresso, planejamento e operacionalização das ações e serviços de saúde a população manauara.

Por fim, acrescenta-se que o presente estudo, menos que uma crítica a gestão, a participação e o exercício do controle social, na realidade manauara, busca ser uma contribuição no sentido de trazer mais aportes teóricos, conceituais e instrumentais, para que cada vez mais as ações e prestações de serviços em saúde possam ser implementadas dentro das reais necessidades da população. No mais, pode-se afirmar que este estudo, em que pese suas contribuições, apresentou diversas questões que abrem espaço para novas discussões e análises, tendo em vista ser uma aproximação inicial com a presente temática.

REFERENCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil: do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS.** In: SUS passo a passo: História, regulamentação, financiamento e políticas nacionais. 2ª ed. revisada e ampliada.- São Paulo: Editora HUCITEC, 2007, p. 25-49.

ARAÚJO, Chico. **Amazônia coleciona indicadores sociais vergonhosos.** 2008. Disponível em: [www.agenciaamazonia.com.br]. Acessado em: 18/09/2013.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BELISÁRIO, Soraya Almeida. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde** -- Belo Horizonte: Nescon - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007, p.22-24.

BAUMAN, Zygmunt 1925- **A sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas** / Zygmund Bauman; tradução José Gradei. - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008, p.251-258.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 79,2010.

BEILHARZ, Peter. Globalização, bem - estar e cidadania. In: **Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global**/organizado pela equipe de pesquisadores do Núcleo de Estudos dos Direitos da Cidadania- NEDIC.- Petrópolis, RJ: Vozes; Brasília: NEDIC, 1999, p. 177-205

BIDARRA, Zelimar Soares. Conselhos gestores de políticas públicas: um reflexão sobre os desafios para a construção dos espaços públicos. In: **Serviço Social & Sociedade**, nº 88 – Ano XXVII – novembro 2006, p. 41-58.

BOBBIO, Norberto, 1909- **Dicionário de política** / Norberto Bobbio, Nicola Matteucci e Gianfranco Pasquino; trad. Carmen C, Varriale et ai.; coord. trad. João Ferreira; rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacaís. - Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1ª ed., 1998, p.888-889.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia; uma defesa das regras do jogo** /Norberto Bobbio; tradução de Marco Aurélio Nogueira. — Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. (Pensamento crítico, 63), p.41-62.

BRASIL, Flávia de Paula Duque. A participação cidadã nas políticas sociais e na gestão de programas e projetos: potenciais e desafios. In: **Gestão e avaliação de políticas sociais no Brasil.** Orgs. Merrilo Fahel, Jorge Alexandre B. Neves. – Belo Horizonte: PUC Minas, 2007 p. 116 -153.

BRASIL. **Painel de Indicadores do SUS – Brasília: Organização Pan Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde.** Volume 8. Número 7, 2011.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1998: atualizada até a Emenda Constitucional nº 20, de 15-12-1998. 21. São Paulo: Saraiva, 1999.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1998. – 38ª Ed. – São Paulo: Saraiva, 2006.

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2006.

_____, **Dialogando Sobre o Pacto pela Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde.** _ Brasília: TCU, 2010

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A - Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.**–3.ed.Brasília :Editora do Ministério da Saúde, 2009.480 p. : il. Color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

_____, **Painel de Indicadores do SUS Temático: Regionalização da Saúde** – Brasília. Volume V. Número 8, novembro de 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** - Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010

_____. **Implementação do Pacto Pela Saúde na Amazônia Legal** – Perspectiva Estadual, 2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Apresentacao_Conass_Perspectiva_Estadual_Pacto.pdf]. Acessado em 17/09/2013.

_____. **Política Nacional de Humanização a saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Saúde Amazônia:** relato de processo, pressupostos, diretrizes e perspectivas de trabalho para 2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização, Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BORON, Atílio. Hegemonia e Imperialismo no Sistema Internacional. In: **Nova Hegemonia Mundial: alternativas de mudanças e movimentos sociais.** São Paulo: Paz e Terra, 1994. p. 133- 193.

BRAVO, Maria Inês Souza. Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Serviço Social & Sociedade**, nº 88 – Ano XXVII – novembro 2006, p. 75 – 100.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. [s.l.]: Abepss, 2006. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf]. Acessado em: 12/09/2013.

_____, Maria Inês Souza. **Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos**. In: Política social e democracia. Orgs. Maria Inês Souza Bravo, Potyara Amazoneida Pereira – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 43-65.

_____, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais**. Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes (Orgs.). 2 – ed. – São Paulo: Cortez, 2013, p. 297 -330.

Cadastro do CMS/MAO junto ao Ministério da Saúde. Disponível em:// [http:// aplicação.saude.gov.br/siacs/login.jsf](http://aplicação.saude.gov.br/siacs/login.jsf). Pesquisa realizada dia 11.06.2015 às 10:30.

CANESQUI, Ana Maria (org.) **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CARNEIRO, R. O desenvolvimento revisitado. In: **São Paulo em Perspectiva**, v. 20, n. 3, p. 73-82, jul./set. 2006.

CARNOY, Martin. **Estado e Teoria política**. (Equipe de trad. PUCCAMP) 2ª ed. Campinas: Papyrus, 1988. [pp. 19-62]

Cartilha Cidadania e Participação Popular na Saúde. Elaborada pelo Conselho Municipal de Saúde, ano 2014.

Cartilha Controle Social em Saúde do Trabalhador. Elaborada pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador da Regional de Manaus, 2009.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**. O longo Caminho. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p.119-229.

CHAUÍ, Marilena. **O que é ideologia**. -1980. Disponível em: www.sabotagem.cjb.net.com , pesquisa realizada 11.07.15. p.14-23.

Composição do CMS/MAO. Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/conselho-municipal-de-saude/composicao-do-cms-mao/>. Pesquisa Realizada dia 11:06.2015 às 14:25.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 3ª. **Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação**. - Brasília: CONASS, Junho de 2005, 24 p.

CONASS. O financiamento do SUS. **Coleção para entender a Gestão do SUS**, vol.2, 2011. 124 p. Disponível em: <[http:// www.conass.org.br](http://www.conass.org.br). Acesso em: 10.09.2014

Conselho Municipal de Saúde de Manaus. **Memorial do Conselho Municipal de Saúde de Manaus**. Elaborado pela Secretaria Técnica Administrativa – SETEC, 2ª edição, versão atualizada no ano de 2006.

_____. **Quadro de Resoluções do CMS-2014**. Elaborado pela Secretaria Técnica Administrativa – SETEC, ano de 2014.

_____. **Relatório Anual de Gestão do CMS/MAO**. Elaborado pela Secretaria Técnica Administrativa – SETEC, ano 2013.

_____. Secretaria Técnica Administrativa. **Ata da 1ª. assembleia geral ordinária realizada no dia 14.01.2014**, p.11.

_____. Secretaria Técnica Administrativa. **Ata da 2ª. assembleia geral ordinária realizada no dia 18.02.2014**, p.17.

_____. Secretaria Técnica Administrativa. **Ata da 5ª. assembleia geral ordinária realizada no dia 20.05.2014**, p.20.

_____. Secretaria Técnica Administrativa. **Ata da 8ª. assembleia geral ordinária realizada no dia 19.08.2014**, p.29.

COHN, Amélia. **Equidade e reformas na saúde nos anos 90**. In: Cad. Saúde Pública, v. 18, suppl – Rio de Janeiro, 2002.

_____, Amélia *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. – 4 ed. – São Paulo: Cortez, 2006, p. 5 -13

_____, Amélia. **A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões**. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7): 1614-1619, jul, 2009.

_____. Amélia. **Saúde, Cidadania e Desenvolvimento**/Amélia Cohn (org.). 1. Ed. – Rio de Janeiro: E-papers: Centro Internacional Celso Furtado, 2013, p. 221 -235.

COVRE, Maria Lourdes Manzini. **O que é Cidadania**. – São Paulo: Editora Brasiliense, 2002. (Coleção Primeiros Passos 250).

CORREA, Maria Valeria Costa. Controle Social na Saúde. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, 2011.

CORTÊS, Soraya Vargas. **Viabilizando a participação em Conselhos de Política Pública Municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e *policy communities***. In: Políticas Públicas no Brasil. Orgs. Gilberto Hochman, Marta Marques, Eduardo Marques. – Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007, p. 125 -143.

COSTA, Vanda Maria Ribeiro Costa. **Teoria Democrática e Conselhos de Política Social**. In: Política social e democracia. Orgs. Maria Inês Souza Bravo, Potyara Amazoneida Pereira. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 87 -111.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália Aurélio. Participação e controle social em saúde. In: **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

COSTA, Lucia Cortes. **Os impasses do estado capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil**. Ponta Grossa: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006, p. 53-80.

COTTA et al, Rosangela Minardi Mitre. **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. – Viçosa, Mg: Ed, UFV, 2013, Cap. IV e V.

CUNHA, Carla G.S. da. **Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil**. Trabalho foi elaborado durante o curso “The Theory and Operation of a Modern National Economy” ministrado na George Washington University, no âmbito do Programa Minerva, em 2006.

COUTINHO, Carlos N. Representações de interesses, Formulação de Políticas e Hegemonia. In: Teixeira, Sônia. (Org.) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez Editora, 1995.

Conselho Nacional de Saúde. Informativo eletrônico do Conselho Nacional de Saúde, 2006.

DÁVALOS, Armando Hart. Amar, pensar e agir na América Latina: In: **Nova hegemonia mundial: alternativas de mudança e movimentos sociais**. - Buenos / (org). Atílio A. Boron. – 1 ed. – Buenos Aires: CLACSO, 2004, p. 119-131.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 1999.

DOMINGOS, Armani. **Como elaborar projetos? Guia prático para elaboração e gestão de projetos sociais** – Porto Alegre: Tomo Editorial, 2006.

DRAIBE, Sônia M. Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAM, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

DRUCKER, Peter F. **As fronteiras da administração: onde as decisões do amanhã estão sendo determinadas**. São Paulo: Pioneira, 1987.

DURÁN, Paulo Renato Flores; GERSCHMAN, Silvia. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. In: **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.3, p.884-896, 2014.

FALEIROS, Vicente de Paula Faleiros. Fome, pobreza e exclusão social: Desafios para o Governo e a Sociedade. In: **Revista Ser Social**, Brasília, nº. 13, p. 109-130, jul./dez, 2003.

_____, Vicente de Paula. A crise do planejamento. In: **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 9, Jul. 2010, p.83-119

FERRAZ, Ana Targina Rodrigues. Cenários da Participação Política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas. In: **Serviço Social & Sociedade**, nº 88 – Ano XXVII – novembro 2006, p. 59-74.

FERREIRINHA, Isabella Maria Nunes; RAITZ, Tânia Regina. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões Teóricas. In: **Rap — Rio de Janeiro** 44(2):367-383, MAR./ABR. 2010.

GAULEJAC, Vincent de. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e a fragmentação social/** Vincent de Gaulejac; [tradução Ivo Storniolo]. – Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2007. (Coleção Management, 4) (Prefácio, introdução, capítulo 12)

Gestão do SUS: o que fazer?. Ministério da Saúde-CONASS. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webfdp/gestaonosus.pdf>, pesquisa realizada dia 13.02.15

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. – 2. Ed-São Paulo, Cortez, 2003.

_____, Maria da Gloria. **Sociologia do Movimentos Sociais: indignados, Occupy Wall Street, Primavera Árabe e mobilizações no Brasil**. –São Paulo: Cortez, 2013, p.53 -66.

GRAMSCI, Antônio, 1891-1937. **Cadernos do Cárcere**, volume 1 / Antônio Gramsci; edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho; co-edicao, Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. — Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999, p. 93-114.

GUILHERME, Rosilaine Coradini; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. As reformas do Estado e seus impactos no Brasil. In: **Revista Políticas Públicas: Seguridade Social, Previdência e Assistência Social**, São Luís, v. 14, nº. 2, p. 329 – 337, jul. /dez. 2010.

GUSMÃO, Neusa Maria Mendes de. **Projeto e pesquisa: Caminhos, procedimentos, armadilhas...** In: Desafios da pesquisa em Ciências Sociais. (Org. e apres.) Alice Beatriz da Silva Lang. - São Paulo: CERU, 2001, p. 77-187.

HOBSBAWM, Erick. J. **Como mudar o mundo: Marx e o marxismo**, 1840-2011; tradução Donaldson M. Garschagen – São Paulo: Companhia das Letras, 2011. 9-23.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. – 4 ed. – São Paulo: Cortez, 2010, p 293-314.

IANNI, Octavio. **A Globalização e o Retorno da Questão Nacional**. IFCH/UNICAMP, Julho, 2000.

IBAÑEZ, Nelson. **A regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Apresentação realizada no CES, junho, 2012.

JUNQUEIRA, Virgínia et al. O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [2]: 675-693, 2011.

LACERDA, Lélica Elis P. de. Exercício profissional do assistente social: da imediatividade às possibilidades históricas. In: **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 117, p. 22-44, jan./mar. 2014.

LIMA, Luciana Dias de et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto Pela Saúde no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7):1903-1914, 2012.

LUCHMANN, L. H.H. **Os conselhos gestores de políticas públicas: desafios do desenho institucional**. Ciências Sociais UNISINOS, São Leopoldo, 2002, p. 43-79.

MAIA, Marilene. Gestão Social – Reconhecendo e construindo referenciais. In: **Revista Virtual Textos e Contextos**. nº. 04, ano IV, dez. 2005, p. 1-18.

MARINHO, Ernandes Reis. As relações de poder segundo Michel Foucault. In: **E- Revista FACITEC**, v.2 n.2, Art.2, dezembro 2008, p. 1-22.

MARTINS, Poliana Cardoso *et al.* Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro nº. 18/1 2008, p. 05-121.

MATTA, G.C. **Política de Saúde: organização e operacionalização do sistema único**. In: MATTA, G. C; PONTES, A. L. M. (Org.). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MATEOS, Simone Biheler. **Participação Popular - A construção da democracia participativa**. Disponível em: < http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2493:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 24 de mai. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para à Saúde**. 2ª edição - São Paulo: HUCITEC, 1999, p. 15- 52.

METZGER, Jean-Luc. Et al. **Predomínio da gestão e violência simbólica**. In: Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 37 (126): 225-242, 2012.

MESTRINER, Maria Luiza. A filantropia partilhada sob o âmbito educacional (1946-64). In: _____ **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. 4. ed.- São Paulo, Cortez, 2011, p. 113- 150.

MOTA, Ana Elizabete Simões Fernandes. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências previdenciárias e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. – 4. ed. –São Paulo, Cortez, 2008, p. 9 -78.

NETO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “Questão social”. In: **B** nº. 03 ABEPPS, Brasília, 2001, pg. 41-49

NOGUEIRA, Marcos Aurélio. **Gestão participativa, Estado e democracia**. In: Um Estado para a sociedade civil: temas sobre políticas de gestão democrática. 2ª ed. - São Paulo: Cortez, 2005, p. 117-165.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Determinantes sociais da saúde: o embate teórico e o direito à saúde**. In: Revista Políticas Públicas, São Luís, v. 16, nº. 2, p. 481-491, jul/dez. 2012.

OLIVEIRA, D. P. R. **Excelência na administração estratégica: a competitividade para administrar o futuro das empresas**. São Paulo: Atlas, 1993

PAOLI, Maria Celia. **Trabalhadores e cidadania: experiência do mundo público na história do Brasil moderno**. São Paulo: **Revista Estudos Avançados**, 1989. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ea/v3n7ao4.pdf. Pesquisa realizada dia 13/04/2013.

PEREIRA, Potyara A.P. **Discussões conceituais sobre política pública como política pública e direito de cidadania**. I. BOSCHETTI, Ivonete. *et al.* (org) ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 87-89.

QUEIROZ, Lúcia. F. N. A regionalização da assistência à saúde no Brasil: avanços e dificuldade da implantação da NOAS-SUS. In: **Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental-Respública**, Brasília, n. 4, 2004, p. 9 -36.

Plano de Trabalho 10º Termo de Cooperação e Assistência Técnica MS – Opas/OMS, Brasília, maio de 2007.

PRATES, Jane Cruz. Planejamento da pesquisa social. In: **Revista Temporalis**, ano 4, nº. 07. – Porto Alegre: ABEPSS, 2004.

RAICHELIS, Raquel. **Assistência social e esfera pública: os conselhos no exercício do controle social**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo, 1998.

Relato de experiência de elaboração do Termo de Compromisso de Gestão do Município de Manaus/DPLAN/GPLAN/SEMSA/MANAUS, ano 2008. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/Biblioteca/palestras/apresentacao_pactopelasaudeexperienciaTCGM_SUS20ANOS.pdf, pesquisa realizada no dia 02.04.15 às 10:00 hrs

REY, Mabel T. O Estado em debate: transições e contradições. A Construção do Estado. In: **Revista Margem Esquerda**. Ensaios marxistas n. 15. São Paulo; Boitempo, 2010, p. 44 -55.

RICARDO, Antunes L. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**, São Paulo: Boitempo, 2005.

ROSANVALLON, Pierre. **A nova questão social**. –Repensando o Estado de providência, Buenos Aires-Argentina, Manantial, 1995.

SALLUM JR, Basílio. Metamorfoses do Estado Brasileiro no final do século XX. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. vol. 18, nº. 52, junho/2003, p. 34-54.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Subjectividade, Cidadania e Emancipação**. In: Revista Crítica de Ciências Sociais, nº 32, Junho de 1991, p. 135 -1991.

SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para regulação da cobertura duplicada**. RJ; s.n., 2009. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br>. Consulta realizada dia 02.09.14 às 9:30

SCHNEIDER, Alessandra et al. **Centro de Educação e Assessoramento Popular - Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** / CEAP. - 2. ed. -Passo Fundo: IFIBE, 2009, p. 1-48.

SEMERARO, Giovanni. Intelectuais “orgânicos” em tempos de pós-modernidade. In: **Cad. Cedes, Campinas**, vol. 26, n. 70, p. 373-391, set./dez. 2006 373 Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde de Manaus**, 2010-2013.

_____. **Plano Municipal de Saúde de Manaus**, 2014-2017.

_____. **Programação Anual de Saúde**, 2011.

_____. **Programação Anual de Saúde**, 2012.

_____. **Programação Anual de Saúde**, 2013.

_____. **Relatório Anual de Gestão**, 2011.

_____. **Relatório Anual de Gestão**, 2012.

_____. **Relatório Anual de Gestão**, 2013.

SIMIONATTO, Ivete. Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem gramsciana. In: **Rev. Katál. Florianópolis**. v. 12 n. 1 p. 41-49 jan./jun. 2009.

_____, Ivete. Estado, sociedade civil e espaços públicos: uma análise do “Plano Plurianual”- 2004 -2007. In: **Serviço Social & Sociedade**, nº 88 – Ano XXVII – novembro 2006, p. 11-40.

SOARES, Raquel Cavalcante. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais** Orgs. Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. - São Paulo: Cortez, 2012, p. 85-107.

SORIANO, Raúl Rojas. **Manual de pesquisa social**. Tradução de Ricardo Rosenbusch. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2004, Capítulo I – IV.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAM, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007, p. 65-86.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. 1942 - **Pode o Subalterno falar?** /Gayatri Chakravorty Spivak; tradução de Sandra Regina Goulart Almeida; Marcos Pereira Feitosa; André Pereira Feitosa. - Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010, p. 8-16.

STONER, J; FREEMAN. A. **Administração**. Rio de Janeiro. Prentice-Hall, 1995. Introdução

TATAGIBA, Luciana. **Os Conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil**. In: Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil. (Org.) Evelina Dagnino. - São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 47-103.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. – 3 ed. – São Paulo: Cortez; Recife: EQUIP; Salvador: UFBA, 2002, p. 19-40.

TEIXEIRA, Joaquina Barata. Formulação, administração e execução de políticas públicas. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. 565 p.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. In: **Caderno de Saúde Pública**, R.J., 1(4): 400-417, out/dez, 1985.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):893-902, 2007.

VIANA, Ana Luiza D’Ávila. **As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas**. In: Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico. (Org.) Ana Maria Canesqui. -São Paulo: HUCITEC, 2000, p. 113-133.

_____, Ana Luiza d’Ávila *et al.* Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23, 2007, p. 117 - 131.

ZANCHI, Marco Túlio. **Sociologia da saúde**. 3. Ed. rev., e ampl. – Caxias do Sul, RS: EducS, 2012, Capítulo I e II.

WANDERLEY, Luiz E. W. A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e o caribenho. In: Wanderley, Luiz Eduardo *et al.* **Desigualdade e Questão Social**. São Paulo: Cortez/Educ., 2004, p. 51 - 161.

WORTHEN, Blaine. R *et al.* O objetivo, Os Usos e as Distingções de Avaliações de Programas. In: **WORTHEN, Blaine. R. et al. Avaliação de Programas: concepções e práticas**, 2004, p. 33-58.

APENDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS- ICHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA-PPGSS



APÊNDICE “A”

Projeto: Gestão do SUS: A dimensão participativa da representatividade tripartite no interior do Conselho de Saúde Municipal na cidade de Manaus, no período de 2011 a 2014.

Pesquisadora: Keitianne Mourão de França

Orientadora: Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira

Instrumental direcionado aos representantes do governo

Formulário de nº. _____ Manaus, ___ de _____ de _____

Nome: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Fale um pouco acerca da operacionalização da normativa Pacto pela Saúde, no que diz respeito a gestão partilhada, compartilhada e solidária na condução da política de saúde na Cidade de Manaus?
2. Durante o desenvolvimento desse processo de gestão, qual o panorama do controle e participação social na política de saúde em Manaus?
3. Quais os impactos da diretriz da regionalização, ora reafirmada pelo Pacto pela Saúde, na gestão, na participação social e, propriamente, na atenção em saúde na cidade de Manaus?
4. O processo de municipalização tem sido construído de acordo com as necessidades da população?
5. O plano nacional de saúde, o plano estadual e o municipal são conhecidos? A população tem conhecimento da forma como são construídos? Estão adequadas as necessidades da população?
6. No que se refere a representatividade tripartite, como ocorre de fato o planejamento e processo de tomada de decisão, no interior do Conselho Municipal de Saúde na cidade de Manaus?
7. O que o conselho de saúde e os coletivos organizados da sociedade podem fazer para que o planejamento da política de saúde na cidade de Manaus seja cada vez mais democrático e participativo?
8. Quais as estratégias atualmente adotadas pelos grupos, organizações, sobretudo, pelo conselho no que se refere ao fortalecimento e politização do direito a saúde na cidade de Manaus?

Obrigada pela participação e colaboração!



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS- ICHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA-PPGSS



APÊNDICE “B”

Projeto: Gestão do SUS: A dimensão participativa da representatividade tripartite no interior do Conselho de Saúde Municipal na cidade de Manaus, no período de 2011 a 2014.

Pesquisadora: Keitianne Mourão de França

Orientadora: Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira

Instrumental direcionado aos representantes de entidades de trabalhadores da saúde

Formulário de nº. _____ **Manaus,** ___ **de** _____ **de** _____

Nome: _____

ROTEIRIO DE PESQUISA

1. Fale um pouco acerca da operacionalização da normativa Pacto pela saúde, da gestão partilhada, compartilhada e solidária na condução da política de saúde na Cidade de Manaus?
2. Qual a situação do trabalho em saúde e dos trabalhadores em saúde no município de Manaus?
3. Quais as contribuições trazidas pela normativa pacto pela saúde para a gestão do Trabalho em Saúde na Cidade de Manaus?
4. O que precisa ser feito para um maior avanço desse eixo fundamental da política saúde?
5. Qual a relação estabelecida entre formação dos profissionais de saúde e as necessidades dos usuários da atenção em saúde na cidade de Manaus?
6. Quais o desdobramento da educação e informação da saúde no que se refere ao processo de trabalho propriamente dito?
7. Ainda sobre a informação e comunicação em saúde, você corrobora com ideia de que é preciso a pluralização de informações, bem como clareza nos dados para melhor fiscalizar a política de Saúde em Manaus? Como você enxerga este processo? Por intermédio de que ações?
8. Quais ações adotadas pelos trabalhadores do SUS no que se refere a mobilização tanto institucional, quanto social em defesa de uma política de saúde mais eficaz na Cidade de Manaus?

Obrigada pela participação e colaboração!



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS- ICHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA-PPGSS



APÊNDICE “C”

Projeto: Gestão do SUS: A dimensão participativa da representatividade tripartite no interior do Conselho de Saúde Municipal na cidade de Manaus, no período de 2011 a 2014.

Pesquisadora: Keitianne Mourão de França

Orientadora: Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira

Instrumental direcionado aos representantes dos usuários

Formulário de nº. _____ **Manaus, ___ de _____ de ___**

Nome: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Qual o peso político das ações deliberadas pela representatividade dos usuários no processo de tomada de decisão no interior do Conselho Municipal de Saúde?
2. Na sua concepção, as condições de acesso e de exercício da participação são equitativas no processo de gestão, planejamento e tomada de decisão da política de saúde em Manaus?
3. O conselho Municipal de Saúde tem realizado cursos de formação e atualização dos sujeitos políticos?
4. Qual o sentido do conselho na realidade da política de Saúde na Cidade Manaus?
 - a) Ele apresenta algum potencial de transformação política no que se refere a ações mais horizontalizadas, que alcance de fato os anseios da sociedade civil organizada?
5. Você considera que a partir da NORMATIVA PACTO PELA SAÚDE há uma inovação na gestão da Política de Saúde em Manaus?
6. No que se refere a informação e comunicação em Saúde, você corrobora com ideia de que é preciso a pluralização de informações, bem como clareza nos dados para melhor fiscalizar a política de Saúde em Manaus?

Obrigada pela participação e colaboração!



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS-ICHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA - PPGSS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **Gestão do SUS: A dimensão participativa da representatividade tripartite no interior do Conselho de Saúde Municipal na cidade de Manaus, no período de 2011 a 2014**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Keitianne Mourão de França** mestranda do Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Rua: General Rodrigo Otávio - nº. 3000 - Japiim I, Manaus/AM, telefone (92) 3305 – 4579, E - mail: anne_mourao21@hotmail.com, sob orientação da Profa. Dra. **Simone Eneida Baçal de Oliveira**, Rua: General Rodrigo Otávio - nº. 3000 - Japiim I, Manaus/AM, telefone (92) 3305 – 4579 – Email: sisioliveira@gmail.com. O objetivo geral do estudo é analisar o modo pelo qual se consolida a gestão partilhada e compartilhada da Política de Saúde na Cidade de Manaus.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de aplicação de Entrevista junto aos a) Representantes do governo, entidades prestadoras de serviços de saúde e parêlho formador; b) Representantes de entidades de trabalhadores da saúde, e; c) Representantes de usuários do Sistema Único de Saúde.

Como toda pesquisa com seres humanos envolvem riscos, cabe sinalizar que os riscos decorrentes de sua participação na referida pesquisa são mínimos possíveis, caso ocorra riscos de ordem emocional ou psicológica, serão sanados através de atendimento psicológico, providenciado pela própria pesquisadora sem qualquer ônus ao (a) Sr (a), de forma, que não lhe ocasione qualquer dano ou constrangimento. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardados em sigilo. Se você aceitar participar, contribuirá para conhecer sobre a realidade da gestão partilhada e compartilhada da Política de Saúde na Cidade de Manaus. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e não receberá nenhuma remuneração. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora, **Keitianne Mourão de França**, bem como sua orientadora, a Profa. Dra. **Simone Eneida Baçal de Oliveira**, nos endereços acima mencionados, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130, - (92) 9171-2496 E-mail: cep@ufam.edu.br - cep.ufam@gmail.com

Consentimento

Pós-Infomação

Eu,

_____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ___/___/___

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Impressão Dactiloscópica

ANEXOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão do SUS: A dimensão participativa da representatividade tripartite no interior do Conselho de Saúde Municipal na cidade de Manaus, no período de 2011 à 2014

Pesquisador: KEITIANNE MOURÃO DE FRANÇA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 44054015.6.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.082.383

Data da Relatoria: 27/05/2015

Apresentação do Projeto:

O Controle Social sob a forma dos Conselhos de saúde apresenta-se como forma de aumentar a participação social no gerenciamento da política de saúde no Brasil, e, especificamente, na Cidade de Manaus, à medida que oportuniza aos sujeitos de direitos fiscalizar a aplicação do recurso público na saúde; verificar se a assistência prestada a população no estado e/ou município vem de fato atendendo as necessidades loco-regionais das populações em suas respectivas regiões de saúde, e sobretudo, exercer influências concretas nas decisões do governo (metas e objetivos), através do planejamento e gestão do orçamento destinado a execução de política de saúde. Nesta linha de raciocínio, circunscreve a relevância social do presente projeto, que tem por objetivo geral, analisar o modo pelo qual se consolida a gestão partilhada, compartilhada e solidária do SUS na cidade de Manaus, uma vez que na atualidade, é de suma importância (ré) pensar saúde a partir do enfoque das forças sociais, ou melhor, da relação Estado-sociedade, de modo a consolidar a construção e aprimoramento de uma política de saúde pautada em determinantes sociais condizentes com a real situação da população brasileira - com vistas a alcançar um movimento crescente de acesso à saúde, de forma universal e equitativa, conforme prevê os instrumentos jurisdicionais.

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.082.383

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o modo pelo qual se consolida a gestão partilhada, compartilhada e solidária da Política de Saúde na Cidade de Manaus.

Objetivo Secundário:

Caracterizar a efetivação dos mecanismos da representatividade social no Conselho de Saúde Municipal; Verificar as relações de poder no âmbito da representatividade tripartite no Conselho de Saúde Municipal; Conhecer a operacionalidade das ações deliberadas no Conselho de Saúde Municipal a partir da visão dos representantes dos usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

No que se refere aos riscos decorrentes da participação dos sujeitos durante o desenvolvimento da pesquisa, salienta-se que estes serão os mínimos possíveis. Se em algum momento, os participantes manifestarem alguma insatisfação e/ou problema de ordem emocional ou psicológica, estes serão sanados através de atendimento com profissionais da área de Psicologia e Serviço Social, os quais serão providenciados pela própria pesquisadora sem qualquer ônus aos participantes. Deste modo, buscar-se-á dirimir todo e qualquer dano ou constrangimento, conforme preconiza o item III, 1, conforme prediz a Resolução do CNS de nº. 466/12. Nesse sentido, os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a identidade dos participantes não serão divulgadas, sendo guardados em sigilo. Nos casos de desistência por parte do participante, será totalmente resguardado o direito e a liberdade de se retirar em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Ressalta-se também, que os participantes não terão nenhuma despesa e também não receberão nenhuma remuneração. Por fim, para qualquer outra informação, os participantes poderão entrar em contato com a pesquisadora, Keitianne Mourão de França, bem como sua orientadora, a Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira, nos seguintes endereços eletrônicos:

anne_mourao21@hotmail.com ou sisioliveira@gmail.com, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130, - (92) 9171-2496 E-mail: cep@ufam.edu.br - cep.ufam@gmail.com

Benefícios:

Possibilitar um maior conhecimento a respeito da entraves, perspectivas e alternativas de uma

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.082.383

melhor operacionalização da política de saúde no Brasil, principalmente, na Cidade de Manaus, por intermédio da participação social. Portanto, mais pesquisas nessa área são de grande importância para entender as diferentes realidades vivenciadas pelos gestores, trabalhadores, e representantes dos usuários de forma a consolidar sugestões, ações e propostas para melhor execução do controle e participação social no âmbito da saúde de forma mais efetiva em nosso país, e, sobretudo, no Conselho Municipal de Manaus o qual centralizar-se-á enquanto locus da nossa pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1. Metodologia Proposta:

No que se refere aos procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa, estes são organizados pelo pesquisador como processos de apropriação e desvelamento da realidade pesquisada, por meio de sucessivas aproximações, tanto teóricas, quanto de campo, com intuito da apreensão das múltiplas determinações que fazem parte do universo a ser pesquisado. Assim sendo, no contato inicial com o objeto de estudo é realizada a revisão bibliográfica e documental, as quais oportunizarão uma maior aproximação do objeto de estudo. Pontua-se que este processo é extremamente relevante para apropriação e conhecimento, uma vez que possibilita uma base para estabelecimento das discussões teóricas que orientaram a escolha do método; a definição das técnicas de pesquisa e instrumentos de coletas de dados; a definição dos locos e os sujeitos da pesquisa - ora arrolados neste estudo preliminar. Nesse sentido, a pesquisa exploratória possibilitou a priori a coleta de alguns dados. Verificou-se que Conselho Municipal de Saúde encontra-se devidamente instituído conforme as normativas e decretos e, atualmente, no triênio 2011 -2014 é composto paritariamente de 32 (trinta e dois) membros titulares e seus respectivos suplentes, as quais comporão o universo da respectiva pesquisa., estes por sua vez encontram-se subdivididos em: a) Representantes do governo, entidades prestadoras de serviços de saúde e parêntes formador; b) Representantes de entidades de trabalhadores da saúde, e; c) Representantes de usuários do Sistema Único de Saúde. Então, optou-se por selecionar amostras em todas as instâncias supramencionadas. Para tanto far-se-á o uso da amostragem não probabilística intencional cuja base está fundada em critérios definidos pelo pesquisador considerando a tipicidade tomados como base em segmentos específicos com objetivo de apreender as opiniões, ação e intenção dos sujeitos. Deste modo, a priori a amostra será composta por 10 sujeitos, o que representa significativamente, mais de 10% do universo do objeto de estudo, constantes nas três instâncias representativas, as quais estão devidamente organizadas e expostas no quadro abaixo: No que tange aos

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.082.383

instrumentais utilizados para condução, organização e coleta de dados no referido estudo, serão utilizadas como ferramentas de pesquisa o diário de campo e a entrevista semi –estruturada. Destaca-se que a priori, com base na leitura que referenciou a construção do presente projeto, as inquietações e a iniciativa de ir a campo, de se estabelecer contato direto com os sujeitos da pesquisa se dá em função a priori de: a) Reconhecer a voz de cada sujeito político (conselheiros de saúde eleitos para o mandato do triênio 2011-2014) no tocante aos espaços democráticos de gestão da política de saúde e seus respectivos desdobramentos na Cidade de Manaus; b) Verificar como vem sendo operacionalizado a gestão da política de saúde em Manaus, a partir do direcionamento da normativa Pacto pela Saúde; c) Identificar, especificamente, como se dá ação dos representantes dos segmentos da sociedade civil, o contato e fluidez entre conselho municipal de saúde, conselhos locais e usuários dos distritos sanitários de saúde (no que se refere a dialogicidade e dimensão da unidade política na defesa e acesso ao SUS/serviços de saúde na rede pública). Por fim, far-se-á os procedimentos de análise dos dados coletados na entrevista, para tanto, será adotado o método à análise de conteúdo, que segundo Bardin (2010), consiste em, um conjunto de procedimentos sistemáticos de análise das mensagens e indicadores, que permitem inferir conhecimento relativos as condições de produção e recepção de códigos (quantitativos ou não) de determinada realidade e/ou objeto pesquisado.

Tamanho da Amostra no Brasil: 10

Critério de Inclusão:

Para Representantes do governo, entidades prestadoras de serviços de saúde e parceiro formador adota-se como critério de inclusão: Estar exercendo o papel de representante da referida instância junto ao Conselho de Saúde enquanto membro titular e/ou suplente; Ser representante do Governo - Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e ser representante dos Prestadores Privados de Serviços de Saúde - Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Amazonas (SINESSAM); Para Representantes de entidades de trabalhadores da saúde adota-se como critério de inclusão: Estar exercendo o papel de representante da referida instância junto ao Conselho de Saúde enquanto membro titular e/ou suplente; Ser representante de um dos Sindicatos dos trabalhadores de saúde da Cidade de Manaus e ser representante da Entidade de Serviço Social, pois este em última instância, é um segmento profissional que possui historicamente compromisso ético-político em defesa do acesso a direitos sociais e a emancipação humana, entre eles, o direito a saúde conforme assinala a

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.082.383

Constituição Federal de 1988; Para Representantes de usuários do Sistema Único de Saúde adota-se como critério de inclusão: Estar exercendo o papel de representante da referida instância junto ao Conselho de Saúde enquanto membro titular e/ou suplente; Ser representante das zonas: norte, leste e sul; Ser representante das zonas rurais:

terrestre ou ribeirinhas e ser representante de uma dessas entidades: Movimento de Mulheres, povos indígenas residentes em Manaus, Pessoa com Deficiência, Pessoas com Patologias Crônicas e degenerativas. Por fim, assinalamos que os critérios ora mencionados buscam dar as vozes e representações ora vislumbradas na composição paritária e plural, do interior do Conselho Municipal de Saúde da Cidade Manaus.

Critério de Exclusão:

Para todas as instancias representativas adota-se como critério de exclusão: Ser indicado por membro titular ou suplente para participar da pesquisa; Não compor nenhuma das esferas pré-selecionadas; Não estar exercendo o seu respectivo papel junto ao conselho durante o desenrolar da pesquisa; Os que durante a pesquisa não demonstrar compromisso com a pesquisa.

2. CRONOGRAMA: ADEQUADO

3. ORÇAMENTO: ADEQUADO

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de rosto: ADEQUADA

2. Instituição Proponente: ADEQUADA

3. Riscos (NO CORPO DO PROJETO): ADEQUADOS

4. Critério de inclusão e exclusão: ADEQUADOS

5. Termo de Anuência: ADEQUADO

6. Instrumentos de Pesquisa: ADEQUADO

7. TCLE: ADEQUADO

8. CRONOGRAMA: ADEQUADO

9. ORÇAMENTO: ADEQUADO

10. Benefícios: ADEQUADOS

11. Declaração que os resultados serão tornados públicos: ADEQUADO

12. Declaração sobre uso e destinação de material: ADEQUADO

13. Curriculum Lattes: FOI APENSADO AO PROTOCOLO DE PESQUISA

14. Tamanho da Amostra: ADEQUADO

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



Continuação do Parecer: 1.082.383

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em razão do exposto, somos de parecer favorável que o projeto seja APROVADO, pois a pesquisadora cumpriu totalmente as determinações da Res.466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MANAUS, 27 de Maio de 2015

Assinado por:
MARIA EMILIA DE OLIVEIRA PEREIRA ABBUD
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br