

REINALDO ANTÔNIO BASTOS FILHO

**REPRESENTAÇÃO E O PAPEL DO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE VIÇOSA-MG NO CONTEXTO LOCAL: A PERCEPÇÃO
DOS CONSELHEIROS REPRESENTANTES DA SOCIEDADE CIVIL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de Magister Scientiae.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2015

Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa

T

B327r
2015

Bastos Filho, Reinaldo Antônio, 1986-
Representação e o papel do Conselho Municipal de Saúde
de Viçosa-MG no contexto local : a percepção dos conselheiros
representantes da sociedade civil / Reinaldo Antônio Bastos
Filho. – Viçosa, MG, 2015.
xiii, 96f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui anexos.

Inclui apêndices.

Orientador: Edson Arlindo Silva.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa. -
Referências bibliográficas: f.70-76.

1. Administração Municipal - Viçosa (MG). 2. Conselhos
de saúde - Viçosa (MG) - Participação do cidadão.
3. Participação política. 4. Controle Social. I. Universidade
Federal de Viçosa. Departamento de Administração e
Contabilidade. Programa de Pós-graduação em Administração.
II. Título.

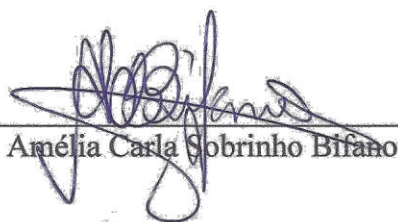
CDD 22. ed. 323.042098151

REINALDO ANTÔNIO BASTOS FILHO

**REPRESENTAÇÃO E O PAPEL DO CONSELHO MUNICIPAL
DE SAÚDE DE VIÇOSA-MG NO CONTEXTO LOCAL: A
PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS REPRESENTANTES DA
SOCIEDADE CIVIL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.


APROVADA: 10 de Fevereiro de 2015.



Amélia Carla Sobrinho Bifano



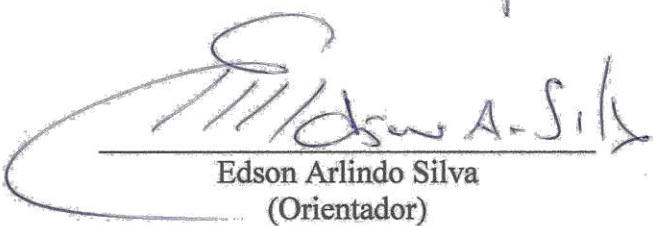
Vagner Rosalem



Telma Regina da Costa G. Barbosa
(Coorientadora)



Roberto de Almeida Luquini
(Coorientador)



Edson Arlindo Silva
(Orientador)

O entusiasmo é a maior força da alma.
Conserva-o e nunca te faltará poder para
conseguires o que desejas.

(Napoleão Bonaparte)

BIOGRAFIA

REINALDO ANTÔNIO BASTOS FILHO, primogênito de Reinaldo Antônio Bastos e Rosiléa Araújo Fernandes Bastos, irmão de Renan Fernandes Bastos e Renzo Fernandes Bastos, nasceu em Dionísio, MG, em 10 de junho de 1986.

Concluiu o ensino fundamental em 2000 na Escola Estadual Professor Benjamim Araújo em Dionísio-MG.

Concluiu o ensino Médio em Dezembro de 2003 na Escola Novaerense na cidade de Nova Era, MG.

Em Janeiro de 2009 graduou-se em Gestão de Cooperativas pela Universidade Federal de Viçosa (UFV).

No ano de 2009 se mudou para Europa (Dinamarca) para realizar intercambio de um ano no programa DALUM vinculado a Universidade Federal de Viçosa.

Em Dezembro de 2012 tornou-se Especialista em Gestão da Produção pela Universidade Federal de Viçosa.

Em 2015 graduou-se em Administração Pública pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP).

Em Fevereiro de 2015 tornou-se Mestre em Administração pela Universidade Federal de Viçosa.

Em Fevereiro de 2015 ingressou-se no programa de Doutorado em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa.

AGRADECIMENTOS

É com muita alegria e prazer que demonstro aqui os meus agradecimentos a todos aqueles que fizeram com que esse trabalho fosse possível.

Em primeiro lugar, a meus pais Reinaldo e Rosiléa, que sempre estiveram do meu lado, me apoiando e confortando nos momentos mais difíceis, e principalmente pelo amor incondicional.

Aos meus irmãos, o professor Renan e o mestrando Renzo Fernandes, pela amizade, companheirismo, parcerias, brigas e amor fraterno.

À minha família, as avós e avô, tios e tias e a todos os meus primos, que sempre compartilharam comigo os momentos mais felizes que vivi.

À Universidade Federal de Viçosa e à FAPEMIG (Fundação de Amparo à pesquisa do Estado de Minas Gerais), que fizeram possível a realização deste trabalho.

Ao Orientador, Professor Edson Arlindo Silva e aos Coorientadores, pela disponibilidade, colaboração e conhecimentos compartilhados.

Aos Professores Alan Ferreira de Freitas e Wescley Silva Xavier, pelo tempo dedicado a me ensinar mais sobre ciência e pesquisa.

A todos os colegas de Turma 2013/2014 de mestrado em Administração, em especial ao Wellington, Samuel, Fabrícia e Camila, que sempre se dispuseram a me ajudar em todos os momentos do curso.

À Leticia, bolsista que se sacrificou em vários momentos para me ajudar com a pesquisa.

Ao conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG, que se dispôs e possibilitou a realização do trabalho.

Ao Departamento de Administração, que me acolheu e me deu toda estrutura para realização do trabalho.

A todos os professores do DAD que me proporcionaram grande aprendizado ao longo desses anos.

A todos os funcionários do DAD, à Luiza, Marcelo, Thiago, Soraia, Sr. Luiz, e Weliton.

E por fim, aos amigos de república, que sempre fizeram meus dias mais animados e felizes em Viçosa. Ao Fagner, Lucas, Brício, Brunão, Vitão, Alberto, Renan e Armand.

SUMÁRIO

	LISTA DE QUADROS.....	vii
	LISTA DE TABELAS.....	viii
	LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	ix
	LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	x
	RESUMO	xi
	ABSTRACT.....	xiii
1	INTRODUÇÃO.....	1
2	OBJETIVOS.....	4
2.1	Objetivo Geral.....	4
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
3.1	Teoria da Democracia.....	5
3.1.1	Democracia Direta.....	5
3.1.2	Democracia Representativa.....	6
3.1.3	Democracia Deliberativa ou Participativa.....	7
3.1.4	Interfaces entre Os Modelos de Democracia.....	8
3.2	Teoria da Representação.....	9
3.2.1	Noções Gerais sobre Representação.....	9
3.2.2	Formas de Representação.....	10
3.3	Participação e Controle Social na Política de Saúde.....	14
3.3.1	Origem.....	14
3.3.2	Tipos de Participação.....	17
3.4	Caracterização dos Conselhos de Políticas Públicas no Brasil.....	18
4	PROCESSO METODOLÓGICO DE PESQUISA.....	23
4.1	Universo de Pesquisa.....	23
4.3	Planejamento da Pesquisa.....	24
4.3.1	Técnica de Entrevista.....	24
4.3.2	Procedimentos de Coleta de Dados e Informações.....	25
4.3.3	Análise e Tratamento dos Dados.....	26
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29

5.1	Perfil dos Conselheiros.....	29
5.2	Percepção dos conselheiros em relação à representação e o papel do conselho.....	34
5.2.1	O papel do representante.....	34
5.2.1.1	Envolvimento em Movimentos Populares.....	34
5.2.1.2	Feedback Social.....	39
5.2.1.3	Conhecimento e Posicionamento.....	41
5.2.1.4	Frequência em Reuniões.....	46
5.2.2	Controle social e o papel do Conselho Municipal de Saúde.....	55
5.2.2.1	Fiscalização.....	56
5.2.2.2	Deliberação.....	59
5.2.2.3	Propostas de Melhoria.....	62
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
7	REFERÊNCIAS.....	70
	ANEXOS.....	77
	APÊNDICES.....	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Dimensões e Categorias para Análise de Conteúdo.....	28
Quadro 2: Depoimentos sobre a percepção do conselheiro em relação ao pôr que de sua participação no Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG.....	32
Quadro 3: Depoimentos sobre a percepção dos conselheiros Municipais de Saúde em relação a Comunicação com a comunidade que ele representa.....	39
Quadro 4: Depoimentos sobre a Percepção dos conselheiros representantes da Sociedade civil quanto a importância, Benefícios (2) e o principal Objetivo do Conselho Municipal de Saúde (11)	43
Quadro 5: Características da participação dos conselheiros em propostas e intervenções nas reuniões.....	95
Quadro 6: Depoimentos Sobre a pergunta: Já propôs alguma atividade ou procedimento aceito pelo conselho?	52
Quadro 7: Depoimentos a respeito da percepção dos conselheiros representante da Sociedade Civil em relação as ações desenvolvidas no conselho (7) e como são desenvolvidas (8)	56
Quadro 8: Depoimentos a respeito da Percepção dos conselheiros municipais de saúde de viçosa em relação a maneira que ocorre as Decisões no âmbito do Conselho	60
Quadro 9: Depoimentos a respeito da Percepção dos Conselheiros representantes da Sociedade civil em relação ao que melhoraria o funcionamento do Conselho.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características das Reuniões	56
--	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Formas de Representação na Sociedade Moderna.....	12
Figura 2: Faixa etária dos conselheiros Municipais de Saúde de Viçosa-MG.....	30
Figura 3: Nível de escolaridade dos Conselhos representantes da Sociedade Civil.....	31
Figura 4: Renda mensal individual dos conselhos Municipais de Saúde de viçosa-MG.....	32
Figura 5: Numero de gestões na qual o conselheiro Municipal de Saúde já foi conselheiro.....	35
Figura 6: Atuação dos Conselheiros de Saúde de viçosa em outros espaços de participação como: Partidos políticos, outros Conselhos municipais e associações.....	36
Figura 7: Tempo de militância dos Conselheiros de Saúde de viçosa em outros grupos sociais, conselhos, partidos políticos e associações.....	36
Figura 8: Filiação Partidária dos Conselheiros de Saúde de viçosa.....	37
Figura 9: Modo de seleção das associações na escolha de seus representantes no Conselho Municipal de Saúde de viçosa-MG.....	38
Figura 10: Conhecimento em relação ao seguimento que representam dentro do Conselho Municipal de Saúde de viçosa-MG.....	42
Figura 11: Número de Reuniões Ordinárias e Extraordinárias de 2003 a 2013.....	47
Figura 12: Numero de reuniões Extraordinárias e sua composição no período entre 2003 a 2013.....	47
Figura 13: Numero de reuniões Gerias e sua composição entre membros Titulares e Suplentes no período entre 2003 a 2013.....	48
Figura 14: Características das reuniões em termos de representação.....	48
Figura 15: Porcentagem de reuniões ordinárias e extraordinárias que tiveram mais representantes de usuários do que a soma entre representantes do governo e profissionais da saúde.....	49
Figura 16: Porcentagem de reuniões ordinárias e extraordinárias que tiveram o mesmo número de representantes do governo e profissionais da saúde que usuários.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMV	Associação Médica de Viçosa
AOJEC	Associação Odontológica Jesus é o Caminho
APAC	Associação de Proteção e Assistência aos Condenados
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APAS	Associação de Proteção e Amparo Social
ASAV	Associação dos Servidores Administrativos da Universidade Federal de Viçosa
ASPUV	Seção Sindical dos Docentes da Universidade Federal de Viçosa
AVIRC	Associação Viçosense dos Renais Crônicos
CENSUS	Centro de Promoção do Desenvolvimento Sustentável
COBES	Coordenadoria do Bem-Estar Social
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSMIV	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa
FABES	Secretaria da Família e do Bem-Estar Social
HSJB	Hospital São João Batista
HSS	Hospital São Sebastião
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
PMV	Prefeitura Municipal de Viçosa
PSF	Programa Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAAE	Serviço Autônomo de Água e esgoto de Viçosa
SINFUP	Sindicato dos Funcionários da Prefeitura de Viçosa
SINTESS	Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos e Serviços de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único De Saúde
UFV	Universidade Federal de Viçosa
UMAN	União das Associações de Moradores de Viçosa
VIII CNS	Oitava Conferência Nacional de Saúde

RESUMO

BASTOS FILHO, Reinaldo Antônio, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2015. **Representação e o Papel do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG no Contexto Local: A Percepção dos Conselheiros Representantes da Sociedade Civil.** Orientador: Edson Arlindo Silva. Coorientadores: Telma Regina da Costa Guimarães Barbosa e Roberto de Almeida Luquini.

O presente estudo buscou analisar a percepção dos conselheiros representantes da sociedade civil (usuários) sobre a representação e o papel do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG, e como essa interfere na dinâmica de funcionamento desse mesmo Conselho. Para tanto, as discussões se basearam em teorias da democracia, representação, participação e controle social na política de saúde. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, onde os dados primários qualitativos foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com 15 conselheiros representantes da sociedade civil, enquanto que os dados secundários através de 113 atas e 125 listas de presenças de reuniões. Os resultados traçam o perfil dos conselheiros entrevistados, bem como a percepção dos mesmos sobre as questões que envolvem a representação e o papel do conselho municipal de saúde de viçosa (MG) no contexto local. O estudo mostrou que a maioria dos conselheiros tem uma trajetória de vida cheia de atuações em outros grupos, partidos políticos, outros conselhos e experiências de liderança anteriormente e/ou juntamente à sua atuação no conselho. Ademais, é possível notar a dominação de uma elite diferenciada formada por maioria de homens, mais maduros, como maior nível de escolaridade e com salários bem maiores que a média da população de Viçosa-MG, e, conseqüentemente, que a da comunidade a que representam. Além disso, na percepção da maioria dos conselheiros representantes da sociedade civil, o repasse de informações acontece naturalmente; as associações ou entidades não exigem e nem planejam essa ação. Contudo, mesmo que a troca de informação entre representantes e representados aconteça via reuniões periódicas ou outros meios de comunicação das entidades, o envolvimento da comunidade, e sua interferência na gestão pública ainda é baixo, o que acaba prejudicando a atuação dos representantes nas reuniões do conselho. Quando analisada a percepção dos conselheiros sobre a importância, benefícios e objetivo do conselho, a maioria sabe o que isso representa, contudo, entendem que a atuação do conselheiro não é efetivada de fato, uma vez que alguns possuem receio em relação aos representantes presentes na reunião, ou que ocorre falta de capacitação. Desse modo, mesmo demonstrando bom conhecimento sobre as funções do representante e do conselho, o papel dos representantes no conselho municipal de Saúde de

Viçosa-MG não se torna efetivo, uma vez que a ausência de papel político e de inserção em outros tipos de militância que dariam mais base política e respaldo na própria atuação acontece pouco ou não acontece. Além disso, há a falta de um conhecimento técnico especializado (capacitação) sobre o setor da saúde, que daria mais condições aos conselheiros de deliberarem sobre assuntos apresentados pelo poder público local.

ABSTRACT

BASTOS FILHO, Reinaldo Antônio, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2015. **Representation and the health council role of Viçosa-MG in the local context: the Perception of representatives Counselor of Civil Society.** Advisor: Edson Arlindo Silva. Co-advisors: Telma Regina da Costa Guimarães Barbosa and Roberto de Almeida Luquini.

This study analyzed the perception of the representative councils of the civil society (users) about representation and role of the Viçosa Health City Council, and how it influences the operation dynamic of this Council. For this, the discussion is based on democracy, representation, participation and social control in the health policy. This research is descriptive, in which the qualitative primary data was collected by semi-structured interviews, with 15 representative counselors of civil society while the secondary data was collected from 113 records and 125 present list of meeting. The results define the profile of the counselors interviewed, as well their perceptions about issues that involve the representation and the role of the Viçosa City Council in the local context. The study showed that most counselors were active in other groups, political parties, other councils and leadership experience previously and/or during their acting in the council. Moreover, it can be noticed the domination of elite formed mainly by men, more mature, high educated and that earn better than Viçosa population and, consequently, the community that they represent. Furthermore, in their point of view, the transfer of information happens naturally; the associations and the entities do not demand or plan this action. Nevertheless, even though the information change between representatives and represented occurs through meetings periodically or using other media of the entities, the community participation, and its interference in the public management is still low, what harms the representatives' acting in the council meetings. When the council's perception is analyzed concerning the importance, benefits and council aim, most of them know what it represents; however, they understand that the council operation is not effective, since some have afraid of representatives from the region, or it is necessary capacity. Thereby, although they demonstrate a lot of knowledge regarding the functions of the council representatives, the role of the council representatives in the Health City Council from Viçosa does not became effective, once the lack of political role and the insertion of other types of militancy that would offer more support political is rare or it does not occur. Besides this, it is missing specialized technical knowledge about health department, what would offer the counselors more conditions to deliberate about matters presented by the government.

1 INTRODUÇÃO

A configuração da Política de Saúde no Brasil predominantemente foi resultado do poder de luta, de organização e de reivindicação da sociedade civil, e não um presente dado pelo Estado aos cidadãos, como alguns governos querem fazer parecer (POLIGNANO, 2001). Além disso, o cenário nacional das políticas públicas de saúde desenvolveu-se ao longo da sua história como uma forma de apoio aos setores prioritários do governo, como é o caso econômico, onde se combateu principalmente pragas e epidemias em lugares estratégicos (portos e produção agrícola). Sendo assim, como salientado por Bravo (2006), o setor da saúde nunca se estabeleceu como tal prioridade governamental. Contudo, ao longo dos anos, algumas mudanças na postura de governo (como, por exemplo, na primeira era Vargas) tentaram mudar essa realidade.

Como consequência de muitos anos de luta por melhorias na prestação de serviços de saúde no Brasil, tais modificações acabaram por culminar em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, e conseqüentemente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que visava garantir a toda população brasileira o acesso ao atendimento público de saúde, estabelecendo a atuação dos conselhos de saúde como intermediários entre a sociedade civil e o governo, sendo a principal organização representativa da comunidade (juntamente com as conferências Nacionais) nas discussões sobre Saúde Pública.

Além disso, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), instituído na Constituição de 1988 como instância máxima de deliberação do SUS, tem como missão a deliberação, a fiscalização, o acompanhamento e o monitoramento das políticas públicas de saúde, assim como os Conselhos Municipais de Saúde o devem fazer. Detalha ainda a competência dos mesmos (Resoluções nº. 33, de 1992, e nº. 333, de 2003), tentando, principalmente, estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e assim garantir a representação dos usuários.

Como consequência, é discutida atualmente, de forma sistêmica, a questão da participação da sociedade civil na elaboração das políticas públicas no âmbito da administração pública, principalmente no que se refere ao entendimento ou falta de conhecimento por parte desses a respeito do que é a representação e o papel dos conselhos de políticas públicas (AVRITZER e ABERS) o que acabou justificando a necessidade de execução dessa pesquisa. Assim, o nível de conhecimento da população a respeito da participação nas decisões através dos conselhos gestores tem sido visto como estratégica na construção de uma gestão pública participativa.

Sendo assim, para entender a representação dos usuários nesse espaço de participação - a “representação” e os “representantes” - tratada neste estudo é necessário ponderar o conceito vai mais além do que se costuma ouvir no cotidiano da vida social, que são os políticos eleitos – vereadores, prefeitos, deputados, senadores e presidentes. Para fins desse trabalho tratou-se dos representantes que falam em nome de um segmento ou entidade que representam usuários ou movimentos populares na área da Saúde e, diferentemente do que acontece com representantes políticos tradicionais, nos conselhos de políticas públicas, os representantes da sociedade civil podem ser escolhidos de outra forma, como por exemplo a indicação, não se restringindo somente a eleições.

Portanto, quando se trata da questão da participação Social no Município de Viçosa, Estado de Minas Gerais, especialmente das questões de saúde, essa se inicia e ganha força por intermédio de conselhos gestores, principalmente na década de 90, com destaque para o conselho municipal de saúde de Viçosa-MG que foi criado em 1991 através da lei Municipal nº. 815, de 27 de setembro. Nas décadas seguintes, a resolução número 333 de 4 de novembro de 2003, do regimento interno do conselho municipal de saúde, e a Lei Municipal 2.118 de 06 de abril de 2011, definem que a composição das vagas no conselho de Saúde seja ocupada em 50% de representantes de usuários, advindos da Sociedade Civil, enquanto os representantes dos trabalhadores da saúde (Médicos, Enfermeiros, Funcionários Técnico-Administrativos ou qualquer outro Trabalhador da área da Saúde) devam ocupar 25% das vagas; o gestor (governo) e prestadores de serviços ao SUS têm direito a ocupar os outros 25% para garantir a paridade no conselho (RESOLUÇÃO nº 333/2003).

A partir desse quadro, a escolha dessa unidade de pesquisa (o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Viçosa-MG) se deu pelo fato da importância do município na questão educacional nos âmbitos local e nacional, uma vez que abriga uma das maiores Universidades Federais do Brasil, exercendo um papel fundamental na preocupação com questões de saúde, visto que além de oferecer cursos de Enfermagem e de Medicina à população e realizar pesquisas na área, também sedia o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CSMIV), composto atualmente por 10 municípios (Araponga, Cajuri, Canaã, Coimbra, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta, Teixeiras e Viçosa).

Ademais, após a criação dos cursos de Medicina e de Enfermagem na Universidade Federal de Viçosa (UFV) consolidou-se uma parceria com o Poder Executivo local em transformar os dois hospitais do município em “hospitais-escola” para aprimoramento dos

futuros profissionais da área da saúde oriundos dos cursos mencionados e, conseqüentemente, ofertar mão de obra especializada para auxiliar nas questões de saúde do município e região.

Nesse contexto, apresenta-se a questão de pesquisa que norteou o presente estudo: Como a percepção dos conselheiros representantes da sociedade civil sobre representação e o papel do conselho no contexto local interfere na dinâmica de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Viçosa-MG?

Sabendo-se que os conselhos são constituídos por representantes do poder público, profissionais da saúde e da sociedade civil (usuários), o problema de pesquisa descrito acima é colocado a fim de priorizar os esforços que garantem a existência da organização e o cumprimento adequado de suas funções.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Esse trabalho teve como objetivo analisar a percepção¹ dos conselheiros representantes da sociedade civil (usuários) sobre a representação, o papel do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG, e sua interface na dinâmica de funcionamento desse mesmo Conselho.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever o perfil dos conselheiros municipais de Saúde de Viçosa-MG representantes da Sociedade Civil e relacionar a inserção dos mesmos em movimentos sociais anteriores com sua atuação no conselho.
- b) Compreender como é feita a prestação de contas à sociedade Civil pelos conselheiros municipais de Saúde.
- c) Identificar o nível de conhecimento dos conselheiros sobre o papel do representante e do conselho e suas principais preocupações enquanto conselheiro municipal de saúde.

¹ Percepção nesse trabalho é tratado como interpretação do processo social, ou seja, baseado em suas experiências, senso comum, valores e entendimento sobre o tema (RODRIGUES, 1992).

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta seção, buscar-se-á apresentar os elementos teórico-conceituais que subsidiarão as discussões sobre Teoria da Democracia, Teoria da Representação e Participação e Controle Social na Política de Saúde.

3.1 Teoria da Democracia

Historicamente, as formas de Democracia que perpassaram pelas sociedades se restringem a três momentos: Democracia Direta (Grega), Democracia Representativa, e Democracia Deliberativa ou Participativa. No que se refere à Democracia Grega, esta, por sua vez, estava limitada aos cidadãos atenienses da Grécia Antiga, ou seja, somente exerciam a cidadania e participavam da vida político-social da Cidade-Estado os homens maiores e nascidos em Atenas. Já a Democracia Representativa surge a partir do advento do Estado Nacional, período que marca a transição entre o Estado Monárquico ou Absolutista para o Estado Democrático de Direito, este último fundamentado principalmente nas teorias dos “pensadores políticos contratualistas” (Maquiavel, Locke, Hobbes, Montesquieu, Rousseau e outros). Por fim, existem discussões recentes em torno da chamada “Democracia Deliberativa ou Participativa”, que possui como um de seus pressupostos mais relevantes o fortalecimento da participação social (MILL, 1981; BONAVIDES, 1994; HABERMAS, 1995; AVRITZER, 2000).

3.1.1 Democracia Direta

Vê-se que a democracia é um elo de interação entre a sociedade civil e o Estado. Bonavides (1994) trata a sociedade como um grupo que se associa em busca de interesses comuns, derivado de um acordo de vontades, em que não seria possível se conseguir pelos esforços individuais. Já o Estado é uma estrutura organizacional que busca gerir a complexidade da sociedade. Então, a democracia, surge nesse quadro com o objetivo de proteger os direitos, visando o bem comum.

Sendo assim, segundo Bobbio, Matteucci e Pasquino (1991, p. 326), a democracia pode ser entendida como: “(...) método para constituição de governo e para formação das decisões que abrangem toda a comunidade”.

A democracia direta, por sua vez, é qualquer forma de organização na qual todos os cidadãos podem participar diretamente no processo de tomada de decisões. As primeiras democracias da antiguidade foram democracias diretas, sendo que, o exemplo mais marcante

delas foi a de Atenas, na qual o povo se reunia nas praças e ali mesmo tomava as decisões políticas. Além disso, na Grécia antiga o "povo" era composto por pessoas com título de cidadão ateniense. Contudo, as mulheres, escravos e mestiços não tinham direito a essa participação, que era exclusiva para homens filhos ou netos de atenienses (BOBBIO, 2003).

Segundo Mendes (2007), na democracia antiga, em especial na Pólis Grega, definia-se a liberdade do indivíduo por sua vida ativa, principalmente pela participação política direta na cidade. Era apenas por intermédio da vida pública que os cidadãos ganhavam qualquer condição de igualdade, assumindo um mesmo status político.

3.1.2 Democracia Representativa

De acordo com Dahl (2001), diferentemente de todas as formas de democracia anteriores, o sufrágio universal diferenciou a moderna democracia representativa, sendo o voto responsável por essa mudança. Era normal pensar até o século XVIII que um governo democrático ou republicano era o governo do povo e que, para governar, esse teria que se reunir em um determinado local e votar decretos, leis ou políticas (DAHL, 2001).

Além disso, de acordo com esse pensamento, a democracia teria de acontecer em assembleias, onde toda a população poderia participar; logo, a democracia representativa seria uma ideia contra isso. Ademais, a democracia, em sua essência só poderia existir em unidades menores como cidades pequenas ou grandes, nunca em um Estado (DAHL, 2001).

Rousseau foi um dos filósofos que mais se opôs ao sistema representativo, principalmente por entender que o representante, na grande parte das vezes, manifesta suas próprias vontades e não a dos representados ou a do povo. Hoje, apesar de a constituição dizer que o povo exerce seu poder por meio dos representantes, segundo Martinez (1990, p. 38), “na prática diária os representantes eleitos e muito não-eleitos ocupam as posições chave do governo e exercem o poder como entendem, muitas vezes em sentido contrário às opiniões e interesses do povo”.

Contudo, ainda assim, a democracia representativa pressupõe um conjunto de regras que educam a participação social no processo político, e que formam os direitos políticos, os quais qualificam as pessoas em relação à cidadania, principalmente quanto às eleições, o sistema eleitoral e os partidos políticos (SILVA, 2004).

3.1.3 Democracia Deliberativa ou Participativa

De acordo com Souza (2010), a democracia participativa tem como princípio básico a defesa da participação direta dos cidadãos na tomada de decisão. A maior inovação dos modelos participativos se deu em relação ao enriquecimento dos processos eleitorais que passam a exigir participação, já que envolvem os cidadãos de forma direta. Além disso, tal inovação faz aparecer incentivos para destacar a deliberação pública, o que vem influenciando os formatos das políticas e valorizando os aspectos qualitativos do processo democrático. (GUGLIANO, 2004).

Souza (2010) explica que deliberação é diferente de democracia deliberativa, uma vez que a primeira instância explica o processo que visa alcançar algum consenso, visando uma decisão; e a segunda é um dos tipos de democracia que contempla em suas características o processo deliberativo. Para Gutmann e Thompson (2007, p.35), “a deliberação deve terminar em uma decisão, mas a democracia deliberativa não especifica, por si só, um único processo para se chegar a uma decisão final. Ela deve se apoiar em outros processos, mais notavelmente no voto, que não são propriamente deliberativos”.

Ademais, quanto ao processo deliberativo, Avritzer (2000) problematiza dois diferentes conceitos, quais sejam, o “decisionístico” e o “argumentativo”. O primeiro vai de encontro ao que Rousseau (1987) defende, em que a decisão é o elemento central do processo deliberativo. Além disso, afirma que após 1970 houve uma reavaliação do peso do elemento decisionístico em prol do argumentativo, o que é corroborado na discussão de autores como Habermas (1995) por exemplo. Além disso, o modelo argumentativo é baseado na ideia habermasiana em que há uma quebra com a tradição teórica social decisionística, e passa a se investir na deliberação democrática (AVRITZER, 2000).

Avritzer (2000) define as três características centrais da argumentação deliberativa, que são: cessão de espaço decisório por parte do Estado, em favor de uma forma ampliada e pública de participação, de modo a lidar com a informação onde o Estado e o mercado possuem informações incompletas para a tomada de decisão e a tornar necessário que os atores sociais também tragam informações; o compartilhamento e discussão dessas informações; e por último, a testagem de múltiplas experiências com capacidade de variação dos arranjos deliberativos.

Sendo assim, sintetiza-se que a ideia de democracia deliberativa se forma a partir da reconciliação proposta por Bohman (1996) entre a execução das decisões legítimas com o processo de deliberação pública, ou seja, a tomada de decisão se dará “através de mecanismos

deliberativos que tem como fundamento a participação dos cidadãos nesses fóruns públicos” (FARIA, 2000, p. 65).

Hoje, de acordo com Soares (1998), vivemos sob o amparo de uma democracia semidireta, que é uma modalidade em que a população, mesmo sendo governada por representantes, tem o direito de intervir diretamente em decisões, na elaboração definitiva de lei e no funcionamento dos órgãos do Estado. Dessa forma, além da escolha de representantes, são desenvolvidos mecanismos e instrumentos de participação direta do cidadão no processo político, seja por plebiscito, referendo e/ou iniciativa popular.

3.1.4 Interfaces entre Os Modelos de Democracia

Lüchmann (2007) expõe críticas em relação ao modelo de democracia representativa como sendo o ponto em comum entre a democracia deliberativa e a participativa. Quanto às críticas da vertente da democracia participativa, levanta o foco sobre o “caráter instrumental, individualista e competitivo da democracia representativa” (LUCHMANN, 2007, p.142), enquanto que a vertente deliberativa crítica as “fragilidades da democracia representativa e a redução da legitimidade do processo decisório ao resultado eleitoral” (LUCHMANN, 2007, p. 143).

Ainda de acordo com a vertente da democracia participativa, Luchmann (2007) questiona quanto ao caráter instrumental, individualista e competitivo da democracia representativa, que reduz a política apenas ao mecanismo eleitoral, e, por outro lado, traz a ideia da vertente participativa, que quer recuperar a articulação entre cidadania e soberania popular por meio da participação dos cidadãos nos processos de discussão e de decisão política.

Além disso, na tentativa de aprimoramento da democracia representativa liberal, a vertente participativa de democracia incorpora ou combina os pressupostos da democracia direta na democracia representativa, trazendo foco à inclusão dos setores excluídos do debate político e à dimensão pedagógica da política (LUCHMANN, 2007).

Quanto à interface dos três tipos de democracia citados, Luchmann (2007) afirma que a democracia deliberativa em suas críticas expõe as fragilidades da democracia representativa e também a redução da legitimidade do processo decisório, apenas ao resultado eleitoral. Defende que a legitimidade das decisões políticas ocorrem de processos de discussão que, guiados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem-comum, atribuem um reordenamento na lógica do poder tradicional.

Nesse contexto, para Souza (2010), no Brasil, a democracia deve ser entendida como um conjunto de mecanismos participatórios, baseados no conjunto e mistura entre as perspectivas das vertentes de democracia participativa, deliberativa e representativa, desde que haja variações nas formas e nos pesos que cada vertente apresentará de acordo com o contexto local em análise.

3.2 Teoria da Representação

Nessa seção será apresentada a literatura a respeito do tema representação, trazendo as noções gerais sobre o conceito, bem como as formas de representação. Dessa maneira, possibilitou-se clarear as ideias sobre a representação, auxiliando assim, na resposta do objetivo principal desta dissertação.

3.2.1 Noções Gerais sobre Representação

Quando se fala sobre representação e representantes, pensa-se logo nos políticos eleitos, como, por exemplo: vereadores, prefeitos, deputados, governadores e presidente. Todavia, neste trabalho, buscou-se tratar os representantes que falam em nome de um segmento ou organização, como é o caso dos conselheiros de políticas públicas que representam usuários ou movimentos populares, diferentemente do que ocorre com representantes políticos tradicionais (eleitos pelo voto), uma vez que, nesses novos espaços, os representantes da sociedade civil podem ser escolhidos de outras formas, que não somente por meio de eleições (DOWBOR, HOUTZAGER & SERAFIM, 2008).

Para Dowbor, Houtzager & Serafim (2008), representar é “fazer às vezes do outro” ou mesmo “estar no lugar do outro” em certo momento ou espaço. Quando alguma pessoa se mostra como representante do bairro ou de um movimento, é esperado que esta defenda os interesses do bairro em um debate, visto que é muito difícil, na maioria das vezes, que todas as pessoas do bairro estejam presentes para se manifestarem.

Sendo assim, é por essa questão ou dificuldade que existem os representantes, principalmente para falarem (porta voz) em nome de outras pessoas que, por algum motivo, não poderão apresentar suas demandas e interesses e, por esse fato, transferem tal atividade ou função a uma pessoa.

3.2.2 Formas de Representação

De acordo com Avritzer (2007), a origem e criação de novas formas de representação se tornou imprescindível à medida que o envolvimento da sociedade civil nas políticas sociais aumentou. Além disso, o surgimento de instituições participativas no Brasil democrático provocou um aumento na necessidade da representação, seja pela autodenominação de representação pelos próprios atores sociais, ou pelo fato do Estado passar então a lidar institucionalmente com uma representação oficial da sociedade civil.

Além disso, para o autor, o aumento da representação configura o crescimento das formas como os atores sociais realizam nas instituições a apresentação dos temas, como a saúde ou interesses urbanos, assim como o fato de que em instituições como os conselhos de políticas, algumas pessoas são eleitas com o intuito de exercerem o papel de representantes da sociedade civil. Sendo assim, é possível perceber que a representação realizada pelos indivíduos da sociedade civil é diferente da realizada na instituição representativa por excelência, como o Parlamento, por exemplo.

Ainda segundo Avritzer (2007), há dois aspectos que diferenciam a representação em instituições participativas da instituição parlamentar: o primeiro porque não há requisito explícito da autorização da forma que foi desenvolvida por Hobbes (1968, 1991, 1997) e depois, por Hanna Pitkin (1967). O segundo porque não há, igualmente, estrutura de monopólio territorial na representação realizada por atores da sociedade civil, assim como não há a ideia de uma igualdade matemática entre os atores que originam a representação. Ocorre, contudo, o oposto: a representação realizada pela sociedade civil é pluralista e, até mesmo quando coincide com uma estrutura de conselho, ela também se superpõe a outras formas que, em geral, tomam decisões em relação ao mesmo tema, no mesmo território.

Assim, a representação realizada pela sociedade civil reforça mais a ideia da estrutura medieval de superposição² simultânea de diversos tipos de representações do que a estrutura monopolista própria à modernidade (Pitkin, 1967). Dessa forma, na maior parte das vezes, a representação da sociedade civil acontece como superposição de representações sem autorização e/ou monopólio para o exercício da soberania.

² Otto Gierke (1987) chamou, pela primeira vez, atenção para o fato de que a estrutura de soberania do final do período medieval era uma estrutura de superposição de entidades soberanas. Estado, governos locais e instituições como a Igreja Católica decidiam, ao mesmo tempo, sobre questões distintas no mesmo território sem que nenhuma das instituições reivindicasse um monopólio total da soberania naquele território. A associação entre território e monopólio só surge com o Estado moderno. David Held (1995) recentemente observou um retorno da concepção medieval de superposição de soberanias a partir da criação da Comunidade Europeia.

Quanto à forma de representação tradicional, observa-se segundo Cunningham (2009), que o ideal da democracia é determinado por um coletivo de pessoas que buscam na sociedade, homogeneidade de valores entre elas. Com isso, no Estado democrático, os representantes são escolhidos pelo povo por intermédio de eleições via votação.

Ainda de acordo com Cunningham, a autoridade democrática pode ser transferida a representantes por membros de uma sociedade política, desde que seja instituída, demarcada e revogável pelos próprios membros e cumprida com base no seu interesse.

Ademais, segundo Pitkin (1967), com a consolidação do Estado Moderno, afirma-se que a eleição via voto universal é o ato de consentimento que autoriza os representantes a agirem em nome do grupo representado (população). De acordo com Downs (1999), nos dias atuais, as eleições são as instituições capazes de causar obrigação aos representantes a se sensibilizarem perante os interesses dos representados. Sendo assim, a questão de que os representantes foram eleitos pelos governados gera consequentemente uma contra partida de atuação desses, de forma a controlar os primeiros de acordo com suas necessidades. Logo, em novas eleições, os representados avaliariam os atos realizados pelos representantes e assim dariam uma nova chance, ou melhor, a autorização para que continuassem; em caso contrário julgariam necessária a retirada do governante do cargo de representante³.

Para Pitkin (1967), há um paradoxo na definição de representação. Segundo a autora, o representante, ao mesmo tempo em que representa alguém ou algum grupo, e assim por diante, também imprime características de si próprio. Além disso, a autora afirma que os representantes devem ter liberdade para fazer escolhas, contudo, devem se esforçar para fazê-las em prol do interesse dos seus representados. Pode acontecer de interesses do povo coincidirem com os dos representantes, contudo, quando ultrapassado esse limite, os segundos devem obrigatoriamente se explicar e justificar suas ações aos representados.

Pitkin defende uma classificação básica para conceituar a “representação”. Segundo a concepção formal de democracia na relação representante-representado há duas ênfases, a primeira onde os representados autorizam (Autorização)⁴ o representante a agir por eles; e a segunda, onde os representantes são ditos responsáveis (Responsabilidade)⁵ pelos que

³ À frente do tempo de Hobbes, Rousseau (1963), em **Do Contrato Social**, vai afirmar que caberá à “Vontade Geral” (Povo) destituir do cargo de representante (governo) quando este não mais atender aos objetivos-demandas da maioria”.

⁴ Pitkin (1967) usa o exemplo de Hobbes como um teórico da “Autorização Pura”. Onde para Hobbes (1968), o contrato entre cidadãos e líderes de governos permite a estes o poder de governar como lhes convém.

⁵ Cunningham (2009) usa o exemplo de Riker (1982) como teórico da “Responsabilidade Pura”. Segundo o autor, a principal relação dos políticos do governo com o público é que os primeiros podem ser retirados do cargo em uma eleição e nesse sentido são responsabilizados.

representam. Ademais, nessa concepção formal, a relação pode ser também de ambas as ênfases ao mesmo tempo, visto que as categorias conceituais não são excludentes. Contudo, a autora conclui que tal concepção (Formal) não é concreta o suficiente para ser aplicada de forma proveitosa na política real.

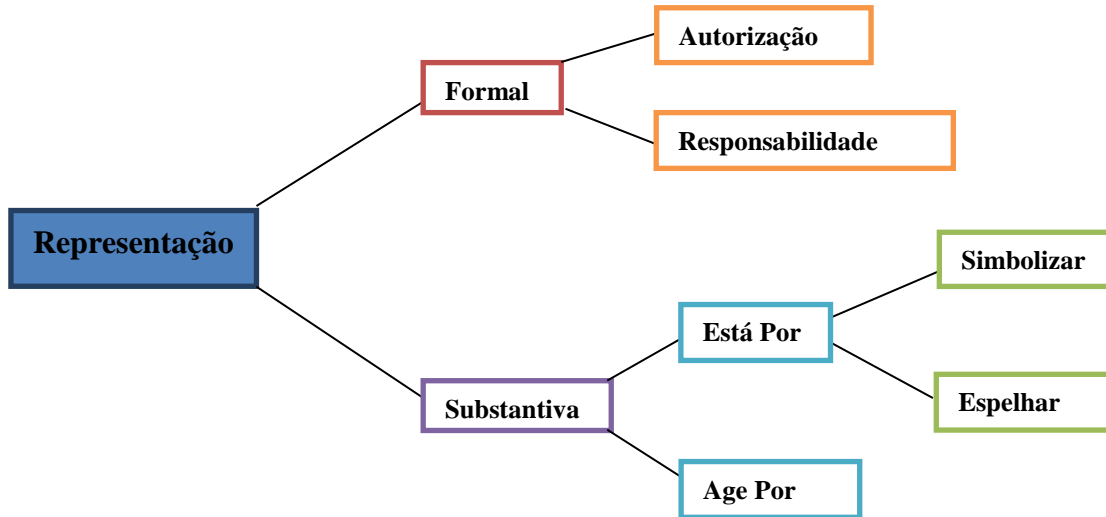


Figura 1. Formas de Representação na Sociedade Moderna.
Fonte: Cunningham, 2009, p.113, a partir de Pitkin (1967).

Diante de tal constatação, Pitkin (1967) adiciona então duas categorias substantivas a seu conceito de “representação” quais sejam, “Estar Por” e “Age Por”. Na primeira categoria, os representantes são considerados “símbolo” em uma de suas subcategorias, como é o caso, por exemplo, do Papa para a Igreja Católica. Além disso, nessa mesma categoria “Estar Por” há outra subcategoria denominada “Espelhar”, julgada pela autora como mais relevante do que a simbólica para as democracias modernas, visto que essa descreve na representação a realidade de seus representados.

Por outro lado, apresenta a categoria “Age Por”, onde representados não olham para os representantes, mas sim para o que fazem. Dessa forma, a autora julga ser essa a categoria que melhor pensa a representação política. Contudo, reconhece e adverte que isso pode se transformar em um problema, uma vez que “Age Por” leva o representante a fazer aquilo que pensa ser o melhor para aqueles a quem representa (PITKIN, 1967).

Da mesma forma, no âmbito das organizações sociais, em especial os conselhos gestores, conforme Dowbor, Houtzager & Serafim (2008, p.13), representar significa “fazer as vezes do outro ou estar no lugar do outro em um determinado momento ou espaço”. Além disso, quando uma pessoa se oferece como representante, seja de bairro ou de um movimento, espera-se que esta defenda os interesses desse bairro ou do movimento específico, visto que

não é possível, muitas vezes, a presença de todos os moradores do local na discussão ou no debate (DOWBOR, HOUTZAGER e SERAFIM, 2008).

Diferentemente da democracia representativa tradicional, na democracia participativa os representantes podem ser escolhidos de maneiras diferentes e variadas que não somente o voto. Dessa forma, na seleção de conselheiros da sociedade civil para participar de conselhos gestores não há a necessidade de ser feita via candidatura e eleições, podendo ser feita por indicação (DOWBOR, HOUTZAGER e SERAFIM, 2008).

Ademais, de acordo com Dowbor, Houtzager & Serafim, em grupos ou organizações há várias formas de autorização da representação. Há casos que há a possibilidade de os representantes serem eleitos, da mesma forma que a representação tradicional como é o caso dos prefeitos, vereadores e outros, como também podem ser indicados por diversos fatores: pelo fato das pessoas acharem que tal possa ser o mais preparado, pelo fato de ter atuado em outros grupos, ou saber negociar, saber dos problemas locais ou simplesmente por ser parte daquele grupo. Tem também o de autorização combinada, que gera uma gama de maneiras de escolhas.

Sendo assim, Abers et al. questionam em seu artigo intitulado “Representando a diversidade: Estado, sociedade” as “relações fecundas” nos conselhos gestores:

Se indivíduos escolhidos por associações têm autoridade questionável para falar ou agir em nome dos ausentes e pouca disposição a lhes prestar contas, por que permitir que compartilhem capacidade de decisão na esfera pública com burocratas, da forma como fazem os conselhos gestores? (ABERS et al., 2008, p.108).

Além disso, os autores concordam que é muito importante que a representação, em governos democráticos (segundo a abordagem deliberativa), envolva não somente a questão da fidelidade e respostas às expectativas e necessidades dos representados, mas também, e principalmente, a construção e desenvolvimento de espaços no qual os atores políticos deliberem. Indo ao encontro com o que Abers et al. (2008) argumentam, Coelho (2007) sugere em seu artigo que em desenhos institucionais como dos conselhos, é muito importante melhorar o processo de seleção dos membros dos conselhos bem como desenvolver procedimentos adequados que garantam a inclusão de todos os participantes nas discussões e no processo decisório.

3.3 Participação e Controle Social na Política de Saúde

O termo controle social já há algum tempo tem sido foco de várias discussões e práticas recentes de uso em vários segmentos da sociedade como sendo sinônimo de participação social nas políticas públicas. O tema controle social no Brasil ganhou grandes proporções a partir do processo de redemocratização na década de 80, e também com a institucionalização dos mecanismos de participação em políticas públicas após a promulgação da Constituição de 1988 e leis orgânicas posteriores – principalmente através dos Conselhos e das Conferências. Assim, a participação, na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, tem o sentido cada vez maior de atender aos interesses da maioria da população.

3.3.1 Origem

A trajetória histórica da “Participação Social” no Brasil passou por várias nuances ao longo do tempo. Inicialmente, remete-se às primeiras décadas do século XIX, onde, principalmente por interesses econômicos, as ações de saúde pública foram caracterizadas por uma série de medidas autoritárias e impositivas, voltadas ao controle de endemias nas áreas de produção e exportação. Na época, esse conjunto de medidas ficou conhecido como “Sanitarismo Campanhista” (COTTA et al.,1998).

Segundo Cotta et al. (2013), em meados dos anos 70, o setor de saúde teve papel fundamental na transformação do controle social no Brasil, proporcionando destaque e protagonismo à sociedade civil organizada na defesa de seus direitos de cidadania. Pode-se destacar, nesse momento, o Movimento de Reforma Sanitária (MRS), que culminou no reconhecimento constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado no ano de 1988.

Com o início do processo de redemocratização no final da década de 70 e início de 80, os termos controle social e/ou participação social⁶ passaram a compor o discurso de representantes de diversos segmentos sociais, dentre eles os movimentos populares, sindicatos, partidos políticos, órgãos governamentais e não governamentais, e entidades científicas. A partir disso, para além do discurso, esses termos (Controle Social e Participação), passaram efetivamente a incorporar a lei e as práticas de diversas instâncias,

⁶ A participação social na saúde está prevista legalmente na constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS): a Lei nº 8080/90, que define a forma de organização e funcionamento do SUS, e a Lei nº 8142/90, que dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

como é o caso dos sindicatos, associações de moradores e, principalmente, os conselhos gestores de políticas públicas (COTTA et al., 1998).

Para Carvalho, “controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”. Para este autor, a ideia de controle social traz inspiração para que os Conselhos de saúde, com a presença de segmentos sociais tradicionalmente excluídos, possam assim controlar o Estado, “assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados” (CARVALHO, 1995, p.28).

Voltando um pouco no tempo, segundo Lins (1980), na década de 1920, o Modelo Sanitarista Brasileiro foi reformulado seguindo o modelo norte americano, que visava privilegiar ações de caráter preventivo. Foram criadas as inspetorias de educação sanitária e os centros de saúde, que deveriam fornecer, promover e coordenar os serviços médicos e sociais relativos a cada realidade local específica.

Mesmo com a extinção da polícia sanitária (Sanitarismo Campanhista), a institucionalização dos centros de saúde não reduziu a centralização das decisões no que diz respeito aos assuntos de saúde por parte do Estado, sendo de responsabilidade da população apenas realizar as orientações dos agentes sanitários, informando-os sobre sua saúde e cuidados com o corpo (CARVALHO et al.,2001).

Segundo Cotta et al.,

Naquele contexto situa-se o conceito de participação social como participação comunitária, associada principalmente à ideia de corresponsabilidade da comunidade na promoção da saúde, o que implicava a adesão e papel ativo de indivíduos em programas e serviços de saúde (COTTA et al., 2013, p.179).

Já no período populista, entre os anos de 1930 até os anos de 1964, reinaram majoritariamente ideias desenvolvimentistas e nacionalistas no debate político. Principalmente na “Era Vargas”, que se estendeu dos anos 30 até meados de 40, foi inaugurado uma série de medidas de proteção social ao trabalhador, atrelando parte das ações de saúde à previdência Social (COTTA et al., 1998).

Contudo, essa política de proteção ao trabalhador possuía caráter regulatório e discriminatório, pois estabelecia um modelo de proteção social que ofertava, de acordo com a categoria do trabalhador, direitos previdenciários e assistência médica não universal e diferenciada (REIS, 2007; BAPTISTA, 2007; FLEURY, 2009).

Conforme Cotta et al. (1998) e Giovanella et al. (2008), durante o período seguinte – a ditadura militar⁷, que se estendeu dos anos de 1964 até os anos de 1985 – por intermédio do financiamento público das ações e serviços dos hospitais privados (o que teve crescimento progressivo e substancial), houve um aumento da ênfase no modelo de assistência médica hospitalar, medicamentosa, curativa, individual, com destaque nos procedimentos e especialidades. Mesmo tendo acontecido a ampliação da cobertura previdenciária, ainda assim a política de saúde manteve-se subordinada ao sistema previdenciário. Além disso, com o mesmo caráter excludente, ofertando serviços apenas para as pessoas que comprovassem o vínculo trabalhista por meio da apresentação da carteira de trabalho ou mesmo por carnê de contribuição previdenciária no momento em que procurassem os hospitais ou outro tipo de assistência médica (COTTA, 2013).

De acordo com Fleury (2009), durante a ditadura foi intensificada a centralização e concentração do poder em mãos da tecnocracia, bem como retirado o direito dos trabalhadores de participarem do jogo político e da administração das políticas sociais.

No final da década de 70 se iniciou um processo de resistência contra o modelo de privatização dos serviços de saúde da previdência social e, principalmente, pela construção de um Estado Democrático Social. Conseqüentemente, a partir da fusão do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, além do desenvolvimento de uma frente partidária de oposição e da organização de movimentos setoriais com capacidade de formular projetos de reorganização institucional, nasce no Brasil um movimento social muito forte (FLEURY, 2009).

Um ano após o fim da ditadura militar no Brasil, ocorreu em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), em 1986, como espaço para se discutir os rumos da saúde no país. Esse evento reuniu cerca de 4.000 pessoas, dentre elas diversos segmentos da sociedade civil, técnicos e gestores da saúde. Além disso, nasceu ali a proposta de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), na qual a saúde era reconhecida como um direito que deveria se realizar por meio da instituição de um sistema público de saúde fundamentado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, e estrategicamente organizado pelas diretrizes da descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (COTTA et al.; 1998; MATTA, 2007).

⁷ No Brasil, o período de ditadura militar foi presidido inicialmente pelo Marechal Humberto de Alencar Castelo Branco (1964 a 1967), Sucedido pelo Marechal Artur da Costa e Silva, entre 1967 a 1969. No mandato seguinte assumiu o General Emílio Garrastazu Médici (1969 a 1974); seu sucessor, o General Ernesto Geisel, comandou o país de 1974 a 1979. O último ditador a governar o Brasil foi o general João Batista Figueiredo (1979 a 1985).

A partir desse momento, a noção de participação popular passa expressar um sentido de combate/controlar ao Estado e representa o aprofundamento da crítica bem como a radicalização das práticas políticas de oposição ao sistema dominante. Sendo assim, a categoria comunidade é substituída pela categoria povo (CARVALHO, 1995). Nessa perspectiva, segundo Cotta et al. (2013, p.182) “a participação adquire um sentido positivo, como um valor em si mesmo, que estimula a ampliação da cidadania, a formação de capital social e contribui para o empoderamento/liberação dos participantes”.

Contudo, somente na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas da Saúde: Lei nº 8080/90, mais especificamente na lei nº 8142/90, que institui a obrigatoriedade de constituição dos conselhos de saúde pelos municípios, é que a proposta da VIII CNS foi legalmente consolidada. Além disso, segundo Baptista (2007), o princípio da participação popular esbarrou na imaturidade política dos diversos segmentos sociais (prestadores de serviços, profissionais de saúde, governo e usuários), onde apresentaram grandes dificuldades para se articularem como propositores e controladores da política, tanto nos conselhos quanto nas conferências de saúde⁸.

3.3.2 Tipos de Participação

Segundo Avritzer (2008), mesmo o Brasil sendo um dos países com grande número de exercício participativos, com o passar dos anos, durante o século XX se transformou em um país de baixa propensão associativa e com poucos métodos de participação da população de baixa renda. A redemocratização no Brasil possibilitou o surgimento do orçamento participativo em Porto Alegre-RS, que conseqüentemente chamou a atenção de pessoas em todo o Brasil sobre as novas formas de participação.

Além disso, ainda de acordo com Avritzer (2006), simultaneamente ao surgimento do orçamento participativo, que além de Porto Alegre se expandiu para mais de 170 cidades brasileiras, apareceram outras duas formas de participação que também foram resultados do processo constituinte e de sua regulamentação. São elas: os Conselhos de Políticas Públicas e os Planos Diretores Municipais. Os primeiros apareceram como decorrência da Lei Orgânica da Saúde (LOS)⁹ e da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)¹⁰, enquanto que o segundo surgiu como consequência do objeto das políticas urbanas do processo constituinte e sua

⁸ Segue no Anexo 1 a figura das diferentes concepções da participação social no Brasil e sua trajetória de mudanças ao longo da história Brasileira.

⁹ Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990

¹⁰ Lei nº 8.742 de 07 de Dezembro de 1993

regulamentação em 2001 por meio do Estatuto da Cidade¹¹; a partir de então se proliferaram na última década os chamados "Planos Diretores Municipais"¹².

3.4 Caracterização dos Conselhos de Políticas Públicas no Brasil

Segundo Gohn (2003), no cenário brasileiro do século XX, é possível identificar três tipos de conselhos, quais sejam: 1º) Os criados pelo próprio poder público Executivo, para mediar suas relações com os movimentos e com as organizações populares; 2º) Os populares, desenvolvidos pelos movimentos populares para manter uma relação de negociação com o poder público e; 3º) Os conselhos institucionalizados, criados por lei após pressões e demandas da sociedade civil, possibilitando a participação da sociedade civil na gestão dos negócios públicos.

Na primeira metade da década de 60, período caracterizado pela emergência de governos populistas, ocorreram as primeiras propostas de conselhos, iniciativas desenvolvidas principalmente no município de São Paulo, bem como dos conselhos comunitários propostos ao fim da década de 70. Conseqüentemente, isso culminou com os primeiros conselhos comunitários, surgidos no final da década de 70 com o objetivo de atuar junto à administração municipal (GOHN, 2003).

Em 1975, entidades se reuniram para buscar e traçar novos rumos para o município de São Paulo e elaboraram um documento chamado de "Carta São Paulo". Nessa Reunião a Sociedade Amigos de Bairro reivindicou a criação de um "Quarto Poder", composto de representantes das organizações populares com autoridade para interferir na política municipal, o que culminou em 1979 com o decreto-lei nº 16.100 da prefeitura de São Paulo, que levou à criação do conselho comunitário (GOHN, 2003).

Segundo Gohn (2003), inicialmente, foram criados 11 conselhos no ano de 1980; já em 1981, com o objetivo de elaboração do orçamento-programa, o COBES¹³ elaborou um roteiro de itens em diferentes setores sociais, com o objetivo principal de absorver o posicionamento dos conselhos no que diz respeito aos serviços públicos e às demandas da população. Contudo, o poder municipal continuou a administrar de acordo com as prioridades já definidas no executivo.

¹¹ Lei nº 10.257 de 10 de julho de 2001

¹² Os Planos Diretores Municipais se tornaram obrigatórios em todas as cidades com mais de 20.000 habitantes. Assim, tem-se hoje no país o que se pode denominar de uma infraestrutura da participação bastante diversificada na sua forma e no seu desenho (AVRITZER, 2006).

¹³ Órgão da prefeitura responsável por se relacionar diretamente com os conselhos.

Ainda segundo Gohn (2003), no ano de 1984 houve uma nova tentativa de participação via conselhos de iniciativa da prefeitura de São Paulo. Naquela ocasião, foi alocada a Secretaria dos Excluídos e Marginalizados com o nome então de FABES – Secretaria da Família e do Bem-Estar Social. Um destaque da proposta dentro do programa FABES junto às forças sociais¹⁴ foi estimular a manifestação desses grupos que expressavam essa força.

Ao mesmo tempo em que aconteciam as reuniões e discussões a respeito dos conselhos comunitários, ocorriam também, no final dos anos 70 e início dos anos 80, discussões quanto aos conselhos populares, que tinham como objetivo principal a questão da participação popular.

Além disso, não somente os movimentos sindicais e os político-partidários, mas todo tipo de movimentos sociais de massa foram elementos fundamentais para a construção dos conselhos populares. Ademais, para os movimentos sociais, a constituição e a participação em conselhos poderia significar um momento de organização e de direção das lutas políticas dispersas e fragmentadas.

De acordo com Gohn (2003), os conselhos populares de saúde foram constituídos a partir da unificação de movimentos que reivindicavam principalmente a falta de infraestrutura na área de saneamento (água, esgoto etc.) na década de 1970. Ademais, os conselhos populares que mais se destacaram no cenário urbano foram os conselhos populares de saúde da zona leste de São Paulo, no fim dos anos 1976, e o de Campinas, no início dos anos 1980 (GOHN, 2003).

Com a Constituição Federal de 88, uma nova fase de direitos do cidadão e outras normas jurídicas se consolidaram, o que logicamente levou a imprescindíveis novos canais de cidadania ativa, seja na formulação, na decisão, e até mesmo no monitoramento de atividades tipicamente estatais. Dessa forma, foi possível perceber que houve uma proliferação sem ordem de conselhos gestores de políticas públicas pelo Brasil. Relatando a dimensão desse fato, Carvalho (1998) o chamou de “febre conselhistas”. Segundo Vale (2013), uma pesquisa feita pelo IBGE em 1999 revelou uma média de 4,9 conselhos por município, mostrando um total de 26,9 mil conselhos em 99% dos municípios do País.

Segundo Gohn (2003), o conselho de representante foi proposto em 1989 e criado com a lei orgânica do município de São Paulo, em 1990 (Título III, capítulo I do Poder

¹⁴ Conforme Gohn (2003), entendia-se força social como agrupamentos espontâneos, de organização natural, e por isso representativos, sendo importante preservar essa característica. Portanto, a não institucionalização dos Conselhos.

Legislativo, Seção VII; e capítulo II do poder Executivo, seção IV). Esse conselho foi criado como um espaço público não-estatal no âmbito de subprefeituras, como forma de descentralização político-administrativa do governo da cidade de São Paulo, competia a ele participar do planejamento municipal, em especial das propostas de diretrizes orçamentárias e do orçamento municipal, além do plano diretor.

De acordo com o pensamento de Gohn (2003, p.83), “de fato, os conselhos gestores foram a grande novidade nas políticas públicas ao longo dos anos”. Além disso, segundo a autora, o Conselho gestor tem um caráter institucional já que possui o papel de instrumento mediador na relação sociedade/Estado e que está inscrito na constituição de 1988, bem como em outras leis do país, na forma de instrumento de expressão, representação e participação da população.

Contudo, segundo Oliveira (2004), nem sempre o exercício das funções dos conselhos acontece como determinado legalmente, uma vez que nesse espaço existem diferentes formas de relações de poder representadas pelos grupos que o constituem. Isso ocorre porque a estrutura e o funcionamento dos conselhos acontecem em torno de complexas competências simbólicas e de relações de poder, que retratam diferentes interesses e diferentes formas de força política, quer sejam advindas do governo, dos grupos corporativos, das comunidades, do mercado econômico ou até mesmo dos indivíduos que o formam.

Da mesma forma, Fuks (2006) conclui em seu artigo, com base em pesquisa no conselho municipal de saúde de Curitiba-PR, que apenas disponibilizando instituições participativas não se fará com que aumente a participação, porque os constrangimentos socioeconômicos, simbólicos e políticos existentes nesses espaços podem agir como um forte obstáculo à participação e, em uma situação ainda pior, pode até aumentar a desigualdade política.

Gohn (2000) confirma o que foi dito por Fuks dizendo que muitos representantes do governo (conselheiros) apenas toleram os conselhos, porque estão previstos institucionalmente na forma da lei. Na prática, são contrários a esta forma de controle social e, em consequência, agem buscando reduzir o seu papel fiscalizador ou deliberativo a meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas.

Atualmente, todos os Estados e municípios têm Conselhos de Saúde, em que os mesmos movimentam quase cem mil conselheiros de saúde, onde grande parte desses se reúne pelo menos uma vez por mês. De acordo com Van Stralen (2006), tal número de indivíduos atuando e participando em Conselhos de Saúde levantam várias questões, como: “Qual é o efetivo poder deliberativo dos conselhos? De que forma este se expressa na prática

cotidiana dos serviços de saúde? Os conselhos poderão efetivamente contribuir para a reestruturação da atenção à saúde?” (VAN STRALEN, 2006, p. 622).

Ainda segundo o autor, no processo de reestruturação da atenção à Saúde, os conselhos são considerados como elementos primordiais estrategicamente. O Programa de Saúde da Família (PSF) é visto, nesse sentido, como caminho principal não somente por uma questão técnica, mas porque se relaciona às demandas, expectativas e comportamentos de todos os indivíduos envolvidos na prestação da atenção, implicando assim na reformulação das relações entre todos atores. Com isso, é esperado que esses Conselhos não funcionem unicamente como instâncias de controle social e accountability, mas também como locais de demonstração das demandas e das expectativas dos vários segmentos que os constituem (VAN STRALEN, 2006).

Atualmente, há vários estudos sobre os conselhos enfocando principalmente os conselhos representantes dos usuários. Além disso, os autores analisam principalmente o perfil socioeconômico e cultural dos conselheiros e discutem temas como a representatividade, os recursos de que dispõem e as desigualdades entre os segmentos (VAN STRALEN, 2006).

Com frequência, os estudos apontam de um lado a questão de pouca ou mesmo da ausência de capacitação técnica e política dos conselheiros, principalmente para ocuparem vagas de negociação de políticas. Por outro viés, é frisado também que espaços como os conselhos são locais de aprendizagem de cidadania e desenvolvimento do capital social. Nesse sentido, Van Stralen (2006) aponta que vários outros autores reconhecem que há grandes barreiras à participação dos atores envolvidos, introduzidos pelos próprios gestores, sejam elas a falta de transparência na apresentação de relatórios; do uso de linguagem excessivamente técnica e falta de infraestrutura do conselho (VAN STRALEN, 2006).

Segundo Carvalho (1998), há duas condições para o sucesso desse empreendimento deliberativo (por exemplo: Conselhos de políticas públicas). Uma é a necessidade de ser totalmente transparente, criando e oportunizando meios para possibilitar o extenso conhecimento da máquina e dos caminhos da política; a outra é a necessidade de dar aos conselheiros conhecimento técnico e político no que diz respeito a quais os objetos das políticas públicas debatidas, para que se possa possibilitar maior planejamento das estratégias de negociação relacionadas as prioridades e interesses da sociedade.

Já Teixeira (2000, p. 93) entende que existem três requisitos para um trabalho eficiente dos conselhos quanto ao processo deliberativo, que são: “a existência da paridade no acesso à informação, bem como de capacidade técnico-política dos conselheiros e de disponibilidade

de tempo e recursos físicos, humanos e tecnológicos; garantir que os conselheiros sejam escolhidos democraticamente e que os mesmos sejam controlados e responsabilizados pelos seus atos; e, por fim, é necessário que haja publicização dos conselhos, divulgado seus atos e a importância da esfera pública para a discussão política dos assuntos tratados no conselho”.

Para Luchmann (2008, p. 91 apud Stanisci, 1997), que considera a sociedade civil um campo social muito diversificado, incluindo fatores e indivíduos com grandes diferenças e desigualdades sociais, “a paridade numérica não corresponde a uma paridade política”, visto que é possível observar, em grande quantidade de casos, os conflitos de interesses entre as entidades que representam os usuários (Sociedade Civil).

Mesmo nos conselhos de Saúde que não seguem a regra da paridade é possível notar muitos problemas para afirmar uma representatividade significativa dos vários interesses sociais, e isso gera uma gama de questões no que diz respeito aos métodos de escolha, seleção e o modo de autorização da representação nesse espaço (LUCHMANN, 2008).

Resumidamente, de acordo com Correia (2006), existiam até o ano de 2006 aproximadamente 5.537 Conselhos de Saúde, quase atingindo todos os municípios brasileiros (5.560), constituindo então, um número aproximado de 87.212 conselheiros (798 estaduais e 86.414 municipais), que são considerados novos sujeitos políticos no Sistema Único de Saúde (SUS).

4 PROCESSO METODOLÓGICO DE PESQUISA

Após apresentação de aspectos relevantes sobre democracia e representação, participação e controle social na política de saúde e conselhos gestores de políticas públicas, será possível apoiar esta fundamentação teórica a partir da importância de alguns estudos mais detalhados sobre a percepção dos envolvidos no Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG. Nesta seção serão apresentados os procedimentos metodológicos que orientaram a condução do trabalho.

4.1 Universo de Pesquisa

O Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG foi selecionado principalmente pela importância do município na questão educacional nos âmbitos local e nacional, uma vez que abriga uma das maiores Universidades Federais do Brasil, exercendo um papel fundamental na preocupação com questões de saúde, visto que além de oferecer cursos de Enfermagem e de Medicina à população e realizar pesquisas na área, também sedia o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CSMIV), composto atualmente por 10 municípios (Araponga, Cajuri, Canaã, Coimbra, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta, Teixeira e Viçosa).

Ademais, após a criação dos cursos de Medicina e de Enfermagem na Universidade Federal de Viçosa (UFV) consolidou-se uma parceria com o Poder Executivo local em transformar os dois hospitais do município em “hospitais-escola” para aprimoramento dos futuros profissionais da área da saúde oriundos dos cursos mencionados e, conseqüentemente, ofertar mão de obra especializada para auxiliar nas questões de saúde do município e região.

Atualmente, o Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG conta com 51 conselheiros ativos, sendo que destes 26 são titulares e 25 suplentes; até a conclusão deste trabalho 5 conselheiros não foram indicados pelas suas respectivas entidades e nomeados como conselheiros por não terem realizado reuniões em suas associações para definirem essa questão.

Para fins desta pesquisa, foram selecionados os conselheiros representantes da sociedade civil uma vez que esses representam a população e pelo fato de também serem representantes diretos da sociedade, no que se refere à fiscalização e deliberação e, conseqüentemente, um dos principais responsáveis pela melhoria da saúde pública do município.

Foram realizadas 15 entrevistas (8 titulares e 7 suplentes) em um total de 26 conselheiros municipais de saúde representantes da sociedade civil (13 titulares e 13 suplentes), durante o período de 22 de setembro à 05 de novembro de 2014; 4 delas realizadas em setembro, 8 em outubro e 3 em novembro. Além disso, durante a pesquisa, três limitações foram determinantes para o número de entrevistas realizadas: uma delas foi a não nomeação de dois representantes da entidade SINFUP - Sindicato dos funcionários da Prefeitura de Viçosa-MG até a data final prevista para coleta de dados da pesquisa. Outro fator foi a impossibilidade de contato, uma vez que, durante várias tentativas, 9 conselheiros não atenderam ou responderam às ligações telefônicas e aos e-mails, reduzindo, portanto, o número de entrevistados. A última limitação se deu mediante a opção de dois conselheiros em não participar das entrevistas.

4.2 Planejamento da Pesquisa

Os dados primários da pesquisa foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas que, segundo Boni (2005, p. 75), “combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto”. Além disso, o pesquisador deve seguir um grupo de questões definidas previamente, embora sua aplicação se assemelhe a um contexto parecido com o de uma conversa informal. Ademais, a entrevista contou com o auxílio de um gravador de áudio, que foi utilizado para gerar documentos (gravações autorizadas e transcrições de entrevistas), que posteriormente foram analisadas. Já os dados secundários foram adquiridos através de consultas feitas em atas de reuniões, decretos e listas de presença fornecidas pelo próprio conselho.

4.2.1 Técnica de Entrevista

O roteiro de entrevistas foi elaborado pensando-se em questões que buscassem responder aos objetivos dessa pesquisa e que também evitassem influenciar os conselheiros em suas respostas. Dessa forma, na primeira parte do mesmo, foram desenvolvidas questões que traçaram o perfil do conselheiro de forma a questionar a idade, participação e filiação em partidos políticos, renda e escolaridade. Já na segunda parte, foram desenvolvidas questões que direcionavam as respostas para revelar a percepção dos conselheiros em relação à representação e ao papel do Conselho Municipal de Saúde no contexto local (APÊNDICE A).

4.2.2 Procedimentos de Coleta de Dados e Informações

Quanto aos fins, a pesquisa pode ser classificada como sendo de abordagem qualitativa e de caráter descritivo, e quanto aos meios, trata-se de um levantamento que utilizou de questionamento direto das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer, bem como da utilização da observação não-participante e da consulta documental na complementação da coleta de dados para análise.

Durante a etapa da pesquisa documental, o conselho contava com 113 Atas de reuniões datadas entre o período de janeiro de 2003 à dezembro de 2013. Ademais, uma das limitações dessa etapa foi o número de atas perdidas e extraviadas, o que reduziu o número de documentos analisados. Também nessa etapa, foram fornecidas pelo conselho 5 portarias de nomeação dos membros do conselho para facilitar a análise das atas das reuniões, possibilitando a identificação dos representantes nas atividades realizadas em processos de fiscalização e deliberação do Conselho. De forma complementar, também foram adquiridas junto ao conselho 125 listas de presença, possibilitando a identificação dos conselheiros presentes nessas reuniões. Além disso, foram utilizados também na pesquisa documental, decretos e outros documentos produzidos pelo Conselho no período entre 2003 a 2013, que foram considerados relevantes para a pesquisa.

Utilizou-se um roteiro de entrevistas semiestruturado, contendo 14 questões (APÊNDICE A), dividido em duas partes, sendo que a primeira contou com perguntas que traçaram o perfil do conselheiro, enquanto que a segunda buscou identificar a percepção dos mesmos a respeito do papel do representante e do conselho.

Quanto ao tipo de observação utilizada em pesquisas em contextos como este, há duas formas: a de caráter participante ou de não-participante. Diferentemente da observação participante onde o observador deixa de ser somente um espectador do fato que está estudando, se colocando na posição dos demais elementos envolvidos no fenômeno em questão, na observação não-participante o pesquisador atua somente como espectador atento (GODOY, 1995). Para esta pesquisa, a observação não-participante foi um método que permitiu contato direto com o processo social estudado, de tal forma que foi possível observar 3 reuniões¹⁵ do conselho, duas no ano de 2013 nos dias 17 de junho e 16 de setembro e outra em 2014 no dia 17 de novembro. Dessa forma, foi permitido ao pesquisador acompanhar e

¹⁵ As reuniões ordinárias no Conselho Municipal de Saúde de Viçosa acontecem uma vez por mês. Limitações: por ser ano de eleições no conselho, muitas reuniões de 2013 foram apenas para decidir renovações no quadro de conselheiros, reduzindo os períodos e reuniões de análise dessa pesquisa. Após a formação do novo quadro de conselheiros, foi possível acompanhar as reuniões de forma mais proveitosa para a pesquisa.

analisar como é o processo de deliberações, fiscalização, relações entre as pessoas, votações e troca de informações. Para tanto, foi feito um diário de campo, onde foram anotadas todas as ações realizadas no conselho.

4.2.3 Análise e Tratamento dos Dados

Na Análise das atas e da primeira parte do questionário utilizou-se estatística Descritiva Simples e a Análise documental que de acordo com Bardin, pode ser definido como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente do original, a fim de facilitar, num estudo ulterior, a sua consulta e referência”. Para a autora, “a análise documental permite transformar o documento primário (bruto) para um documento secundário (representação do primeiro)” (BARDIN, 1977, p.47).

Para análise dos dados da segunda parte do questionário foi utilizada a técnica “Análise de Conteúdo”, que, segundo Moraes, “constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos”. Além disso, diz que: “Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum” (MORAES, 1999, p.2).

Ademais, para Moraes:

Essa metodologia de pesquisa faz parte de uma busca teórica e prática, com um significado especial no campo das investigações sociais. Constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, representando uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias. Na sua evolução, a análise de conteúdo tem oscilado entre o rigor da suposta objetividade dos números e a fecundidade sempre questionada da subjetividade. Entretanto, ao longo do tempo, têm sido cada vez mais valorizadas as abordagens qualitativas, utilizando especialmente a indução e a intuição como estratégias para atingir níveis de compreensão mais aprofundados dos fenômenos que se propõe a investigar. Em qualquer de suas abordagens fornece informações complementares ao leitor crítico de uma mensagem, seja ele linguista, psicólogo, sociólogo, educador, crítico literário, historiador ou outro (Idem).

Nessa perspectiva, a análise de conteúdo passa a ser compreendida como uma técnica usada tanto para ler quanto para interpretar o conteúdo de todos os tipos de documentos existentes. Quando analisados de forma correta, permitem obter conhecimentos de aspectos e

fenômenos da vida social que de outro jeito seriam inacessíveis (OLABUENAGA & ISPIZÚA, 1989).

Já para Bardin, a análise de conteúdo é:

Um Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistêmicos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p.44).

Nessa pesquisa foi utilizada a organização pré-analítica de Bardin (1977), a partir da qual a autora define quatro etapas a serem seguidas: Organização da Análise, a Codificação, a Categorização e a Inferência. Já para análise dos dados foi utilizada a definição das categorias de Laville & Dionne (1999), onde se julgou mais adequado a utilização do modelo misto de análise; desse modo, as categorias foram selecionadas no início, mas o pesquisador tem a permissão de modificá-las em função do que a análise mostrar. Além disso, para análise qualitativa dos dados utilizou-se a estratégia emparelhamento que “consiste em emparelhar ou, mais precisamente, em associar os dados recolhidos a um modelo teórico com a finalidade de compará-los” (LAVILLE & DIONNE, 1999, p.227).

Dessa forma, foi desenvolvido um quadro que possibilitará o direcionamento e condução de toda a análise dos dados na busca pelo cumprimento do objetivo Geral da pesquisa. Para tanto, foram desenvolvidos pelo autor da pesquisa, duas categorias ou dimensões de análises, sendo elas a (1)representação (possibilitando ao pesquisador extrair informações dos dados a respeito da percepção dos conselheiros em relação às experiências que guiam a ação do homem e representatividade por “Agir em nome de”) e (2)controle social (possibilitando ao pesquisador extrair informações a respeito da percepção dos conselheiros em relação ao papel do conselho em fiscalizar, deliberar e aproximar a população nas tomadas de decisões do Estado). Para responder a essas dimensões de forma mais detalhada foram criadas seis subcategorias, sendo quatro com função de atender a primeira e duas para subsidiar a segunda conforme Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – Dimensões e Categorias para Análise de Conteúdo.

OBJETIVO GERAL		
Analisar a percepção dos conselheiros sobre a representação e o papel do conselho municipal de saúde.		
DIMENSÕES DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS	CONDUÇÕES QUE SUBSIDIARÃO A PESQUISA
Representação	Envolvimento em Movimentos populares	Analisar a Trajetória associativa dos conselheiros (Participação em associações, filiação partidária, lideranças e assim por diante).
	Feedback Social	Identificar se há e como acontece o repasse de informações dos conselheiros a sociedade civil.
	Conhecimento e Posicionamento	Analisar até que ponto os conselheiros tem informações sobre o papel dos conselhos frente às políticas de saúde do município. (Papel democrático, participativo, deliberativo e de fiscalização) e verificar como os conselheiros intervêm em favor dos seus representados. “Agir em nome de”.
	Frequência em Reuniões	Verificar e analisar o nível de frequência e atuação dos conselheiros em reuniões (Lista de presença e atas) nos processos deliberativos e de fiscalização das políticas de saúde no município.
Controle Social (Papel do Conselho Municipal de Saúde)	Fiscalização	Identificar de que forma acontece processo de fiscalização das atividades do Município.
	Deliberação	Identificar se há e analisar como ocorre o processo de Deliberação entre os conselheiros.

Fonte: Elaborado pelo Autor (2014) a partir de Pitkin (1967), Gohn (2003) e Cotta et al. (1998).

Nesse contexto, para cada subcategoria foi desenvolvida uma condução que subsidiaria a pesquisa. Dentre as formas de análise e as maneiras como foram extraídas as informações dos conselheiros estão a utilização de roteiro de entrevistas (Apêndice A), a análise descritiva dos dados gerados pelas atas e listas de presença, além do diário de campo da observação não-participante.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa seção serão apresentados e discutidos os resultados da pesquisa. Para tanto, serão apresentados gráficos e trechos de entrevistas com as seguintes abordagens: perfil dos conselheiros, a percepção dos mesmos em relação ao papel do representante e do conselho e controle social (Papel do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG).

5.1 Perfil dos Conselheiros

Em relação ao perfil dos conselheiros, é possível identificar a partir da análise do quadro (ANEXO 3) de composição do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG que dentre todos os 51 membros que formam o conselho atualmente, 53% (27 conselheiros) são do sexo masculino, e 47% (24 conselheiros) são do sexo feminino. Dessa forma, é possível perceber e confirmar que os homens ainda são maioria quando se trata de questões políticas e decisórias dentro do Conselho Municipal de Viçosa-MG. Contudo, o ideal seria a paridade entre os gêneros, para que houvesse maior igualdade também nesse sentido.

Analisando os dados referentes aos membros Titulares e Suplentes do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG, é possível perceber algumas modificações na porcentagem evidenciada acima. Se tomarmos por base somente os titulares, o percentual de homens aumenta ainda mais, confirmando a caracterização do gênero masculino na participação política e decisória da saúde municipal, pois esse número representa quase 60% dos membros (em números absolutos 16 dos 27 representantes). Quando analisados somente os membros suplentes, é possível perceber uma inversão nos resultados; nesse caso, 52% dos membros são do gênero feminino (13 dos 25 membros).

De acordo com os resultados da pesquisa apresentados na Figura 2, a seguir, a grande maioria dos conselheiros, 47% dos entrevistados se encontram na faixa etária entre 50 a 61 anos de idade. Além disso, ao se analisar de forma mais geral tal situação, o número de conselheiros com idade superior a 50 anos, percebe-se que 67% dos conselheiros se encaixam nesse perfil, o que nos revela o grande número de pessoas maduras interessadas em lidar e decidir questões de saúde no município - seja por interesse pessoal, por ter tempo, por necessidade, por ter melhor percepção em relação à atual realidade das políticas de saúde brasileira frente aos jovens, ou até mesmo pelo pensamento de melhoria dos serviços para o futuro da terceira idade (Respostas dos entrevistados).

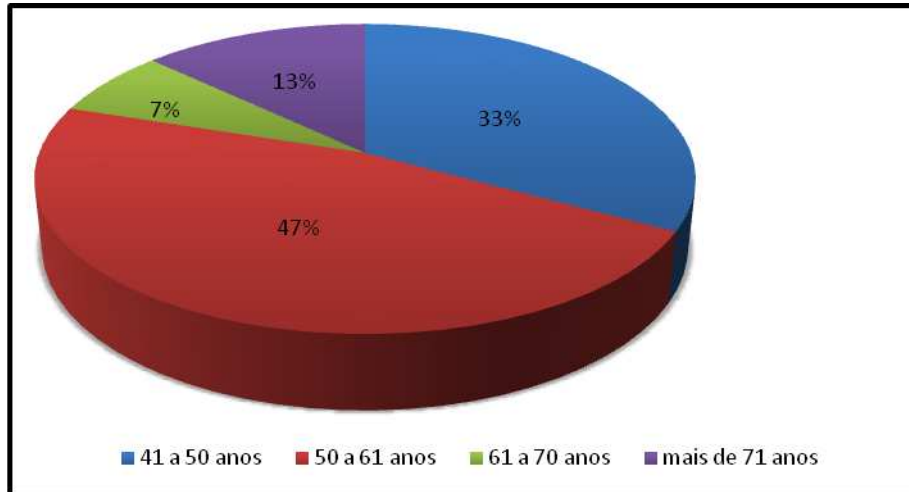


Figura 2: Faixa etária dos conselheiros Municipais de Saúde de Viçosa-MG.
Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

Quanto ao nível de escolaridade dos conselheiros, conforme dados da figura 3, 59% dos representantes da sociedade civil possuem curso superior ou pós-graduação, que é explicado pelas características específicas do município de Viçosa-MG, cidade universitária que tem alto índice de pessoas com nível de graduação concluída (IBGE, 2010).

Isso vai ao encontro do que Borba & Luchmann (2010) dizem a respeito da escolaridade dos conselheiros, em que, nesse caso, é possível perceber a forte reprodução do fenômeno característico da representação política, da elitização. Além disso, a predominância da representação de setores com maior capacidade de organização (no caso dessa pesquisa a ASAV, ASPUV, APAC, AOJEC, Sindicato Rural, APAS e LIONS)¹⁶ tende a fazer a participação nos conselhos se elitizar. Essa tendência, em primeiro lugar, se mostra no fato de o grau de instrução dos conselheiros ser, na maioria das vezes, maior do que o da média dos usuários do SUS (VAN STRALEN, 2006).

¹⁶ AOJEC-Associação Odontológica Jesus é o Caminho, APAC-Associação de Proteção e Assistência aos Condenados, APAS- Associação de Proteção e Amparo Social, ASAV-Associação dos Servidores Administrativos da Universidade Federal de Viçosa, ASPUV-Seção Sindical dos Docentes da Universidade Federal de Viçosa.

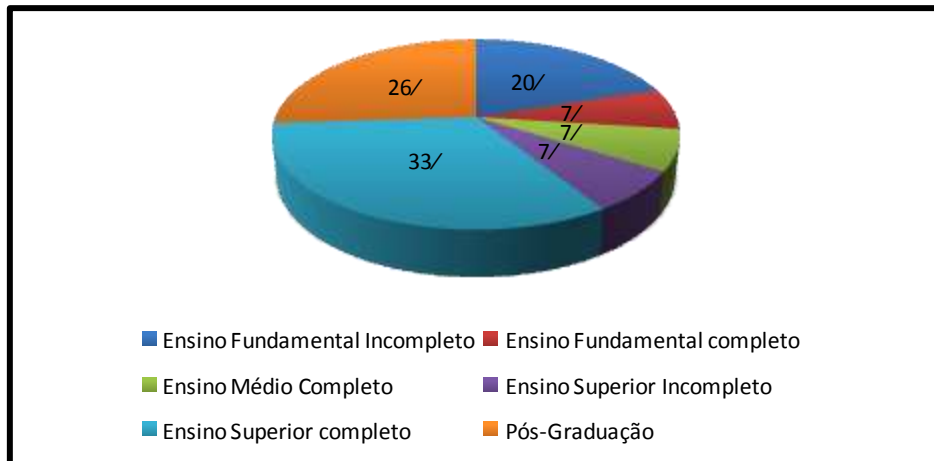


Figura 3: Nível de escolaridade dos Conselhos representantes da Sociedade Civil.
 Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

Conforme mostra os dados da figura 4, a maioria dos representantes da sociedade civil entrevistados, 60% dos conselheiros, possui uma renda mensal individual superior à renda per capita do município de Viçosa-MG, que, segundo o IBGE (2010), é de R\$ 1.078,86 reais. De acordo com os dados, essa parcela de conselheiros recebe de 5 a 7 salários¹⁷ ou mais por mês, confirmando a discussão anterior de que o conselho de saúde em Viçosa-MG é elitizado

Para confirmar essa informação, de acordo com Abers (2008), quase todos os estudos revelam que as pessoas que formam os conselhos não são representativas das classes populares e isso é comprovado tanto pelo nível de escolaridade quando pela renda, ambos muito superiores à média dos usuários do SUS. De forma complementar, o trabalho de Santos Jr., Azevedo & Ribeiro (2004) confirma a discussão acima. Os autores aplicaram um survey junto aos membros de conselhos em sete áreas metropolitanas do Brasil, e constataram que 62% deles tem escolaridade acima do nível médio, e 65% tem renda maior que cinco vezes o valor do salário mínimo.

¹⁷ Salário mínimo em 2014 é no valor de R\$724,00. (Decreto 8.166/2013)

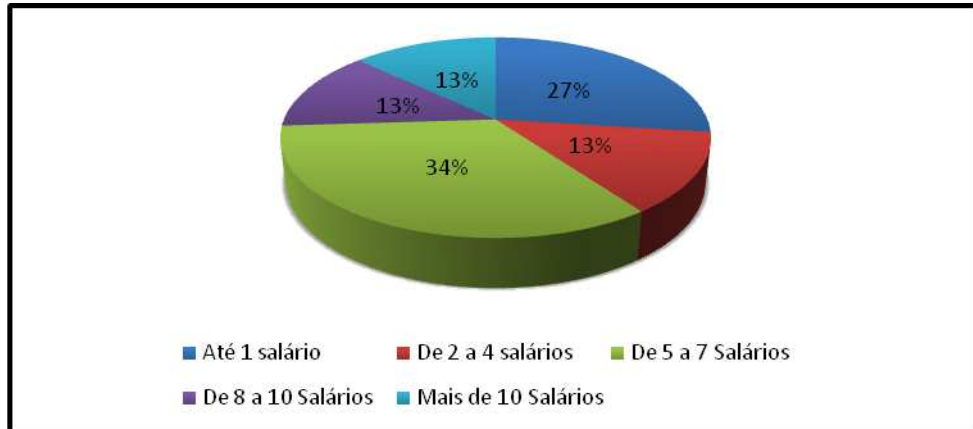


Figura 4: Renda mensal individual dos conselheiros Municipais de Saúde de Viçosa-MG.

Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

Ao longo das entrevistas, também foi possível traçar um perfil dos representantes da sociedade civil baseado na percepção dos conselheiros em relação aos seus principais interesses em participar como conselheiro. A maioria dos entrevistados revela que participa porque tem interesse em estar por dentro dos assuntos tratados na saúde, ou porque gostam de estar discutindo todos os assuntos de interesse público, ou ainda porque querem ver mudanças no município. Já alguns poucos participam como membros porque foram indicados, ou porque não tinha outro morador ou associado que pudesse ir representá-los no conselho conforme os depoimentos do Quadro 2.

Quadro 2- Depoimentos sobre a percepção do conselheiro em relação ao porque de sua participação no Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG.

ENTREVISTADO(E)	DEPOIMENTO
E1	"Eu participo porque eu gosto, eu quero ver o melhor pra comunidade, né? Já tem mais de 20 anos que eu milito nessa área de melhoria na qualidade de vida da comunidade, principalmente dos mais carente, né?"
E2	"Assim, porque no início como eu trabalhava na associação que represento a gente não tinha essa estruturação no município (que aconteceu dessa época pra cá) então a gente lutava pela melhoria da qualidade de vida do cidadão, né? Pelos oferecimentos de serviços, então eu acredito nisso e acho que as coisas só mudam quando nós cidadãos tivermos envolvidos e fizermos a nossa parte. Então é por isso".
E3	"É uma área que eu vejo que a nível nacional ela está um pouco precária, ela tá um pouco abandonada".
E4	"O cara (Presidente da associação que representa) ele me convidou, neu entrar lá (No Conselho), eu gostei. Porque eu gosto de tá sempre atento de como que funciona a saúde, como que funciona a compra do remédio, como é que funciona enfermeiro. Porque aqui você fica pra saber como é que funciona, entendeu?"
E5	"Ah, pra tentar fazer um bom trabalho junto a secretaria de saúde".
E6	"Olha, eu gosto de participar, porque eu não gosto de ficar parada".

E7	"Porque a única pessoa representante que tem aqui é sou eu, dentro do bairro aqui (no conselho)".
E8	"Eu acho que é interessante, a pessoa tem que participa de tudo, se você não participa o pessoal faz o que quer, então, participando já é difícil né? cê conseguiu mudar as coisas. Eu sou contra conselheiro que chega ali e cala, só vota. Eu acho que a pessoa tem que participa, vê o que tá errado, o que não tá. O que eu vejo que tá errado eu entro mesmo, num quero sabe de nada. Então eu acho que a obrigação nossa é de participa".
E9	"Eu participo pelo seguinte, porque nós da associação somos os únicos do SUS que somos usuários. Eu resolvi continuar para falar dos problemas que acontecem pelo SUS, como por exemplo, demoras nas operações. Lá tenho oportunidade para falar os erros que acontecem do SUS. Alguns lá mentem, falam que tá tudo bem, mas num tá".
E10	"Primeiro porque eu faço parte de uma entidade que tem essa necessidade de um membro lá dentro, o primeiro é esse. Segundo, porque eu gosto de estar inteirada assim nos trabalhos do município, nas questões. Eu gosto de ter uma participação nessas entidades".
E11	"Eu penso muito nas crianças, no futuro. Se hoje nós não temos uma saúde adequada, imagina o amanhã. Então lá dentro do conselho eu posso discutir, posso dar opinião, e a gente pode votar né, tem diversos meios que a gente possa reivindicar um direito a mais para a nossa saúde né?".
E12	"Pra contribuir com uma política melhor no município"
E13	"Atualmente mais em função da Associação que represento propriamente e porque como eu trabalhei na saúde, aí o pessoal achou que seria bom eu participar, aí eu falei bom, pode ser que como a gente já ficou muito tempo, trabalhei em hospital muito tempo aí eu acho que vale a pena você estar presente. Em alguma hora você pode dar alguma contribuição".
E14	"Interesse mesmo e vontade de estar participando".
E15	"Porque eu fui indicado e eu tenho interesse também, tenho interesse na área de saúde Pública".

Fonte: Elaborado pelo Autor a partir de dados da Pesquisa (2014).

Os depoimentos anteriores corroboram com a afirmação de que os conselheiros municipais de saúde de Viçosa-MG buscam legitimar os conselhos quanto à representatividade desse espaço de participação, uma vez que vão ao encontro do tópico Feedback Social deste trabalho, e do que os autores Dowbor, Houtzager & Serafim dizem:

A representatividade do representante está diretamente relacionada à sua proximidade com o grupo representado. Por isso, são muito importantes espaços onde o representante possa apresentar informações sobre sua atuação, os problemas que enfrenta, as soluções que propõe e, por outro lado, que os representados possam entrar em contato com seu representante para esclarecer questões, apresentarem seus pontos de vista e se informar sobre o andamento das questões do movimento (Dowbor, Houtzager & Serafim, 2008, p. 18).

Dessa forma, esses resultados revelam que, para atuar no Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG, as associações ou entidades escolhem pessoas que tenham maior grau

de instrução em geral, que sejam mais maduras, melhor capacitadas, que demonstrem interesse em participar como agente de mudança da comunidade, de modo a terem melhor preparo para representar as associações e/ou entidades, e para, conseqüentemente, entenderem os assuntos tratados e terem uma participação mais atuante.

5.2 Percepção dos conselheiros em relação à representação e o papel do conselho

5.2.1 O papel do representante

Nesta seção aborda-se os resultados que trazem a percepção do conselheiro municipal de saúde, representante da sociedade civil (usuários), quanto à questão do papel do representante dentro do conselho. Para tanto, foram analisadas as trajetórias de vida dos conselheiros (participação em associações, filiação partidária, lideranças e assim por diante). Nessa mesma direção, foi identificado como acontece o repasse de informações dos conselheiros para suas respectivas associações e/ou entidades de representação, de forma a legitimar a autorização dada aos conselheiros, questionando até que ponto os conselheiros têm informações sobre o papel dos conselhos frente às políticas de saúde do município (papel democrático, participativo, deliberativo e de fiscalização). Buscou-se verificar também como os conselheiros intervêm em favor dos seus representados (“Agir em nome de”) e, por fim, buscou-se verificar e analisar o nível de frequência e atuação dos conselheiros em reuniões (Lista de presença e atas) nos processos deliberativos e de fiscalização das políticas de saúde no município.

5.2.1.1 Envolvimento em Movimentos populares

Buscou-se através desses resultados identificar e analisar como o envolvimento em movimentos populares anteriormente dos conselheiros, enquanto cidadão, interfere na escolha dos mesmos para serem conselheiros uma vez que acredita-se que quanto maior seu envolvimento em grupos sociais, associações, partidos políticos e lideranças mais consciente e crítica poderá ser sua atuação enquanto membro representante. Para tanto identificou-se e analisou-se o número de gestões nas quais o conselheiro já foi membro; a atuação dos conselheiros em outros espaços de participação; tempo de militância em outras organizações sociais e filiações partidárias.

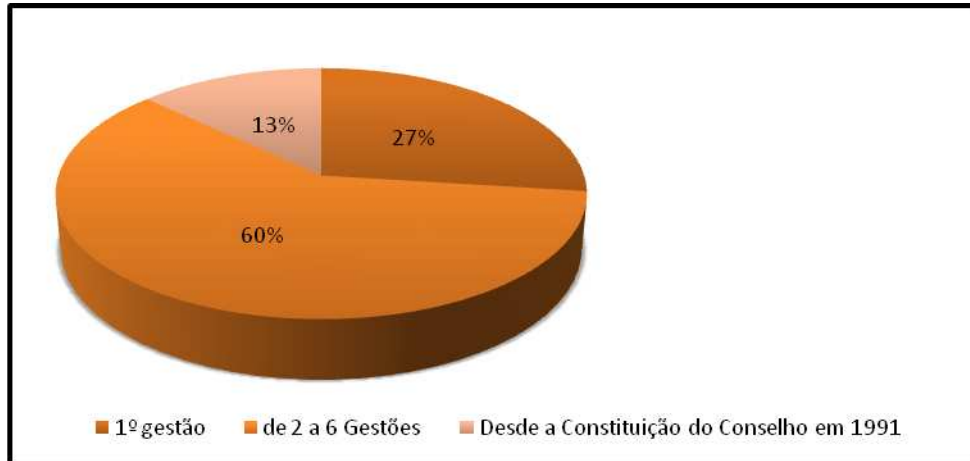


Figura 5: Numero de gestões na qual o conselheiro Municipal de Saúde já foi conselheiro.

Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

A maioria, 73% dos atuais conselheiros municipais de saúde entrevistados (Gestão 2014-2017) já fez parte de duas ou mais gestões no conselho, revelando perpetuação de conselheiros nas tomadas de decisão e elitização dos seus membros. Van Stralen (2006) revela que há evidência de que esse fenômeno acontece em vários municípios. Além disso, o autor diz que a elitização não se refere somente ao nível de instrução, mas também está relacionado à “profissionalização” dos conselheiros, visto que há baixa rotatividade dos mesmos e crescente afastamento entre representados e representantes.

Pouco mais da metade, 53% dos conselheiros, já atuou ou atua além do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG, na Associação ou entidade que representa, e em outros grupos como, por exemplo, partidos políticos e conselhos diversos (Figura 6). Isso revela que muitos conselheiros, a maioria dos representantes da sociedade civil, estiveram ou estão engajados em outras entidades de participação, mostrando o seu interesse em estar intervindo em questões de decisão pública e visando a melhoria dos serviços conforme depoimentos descritos no Quadro 2.

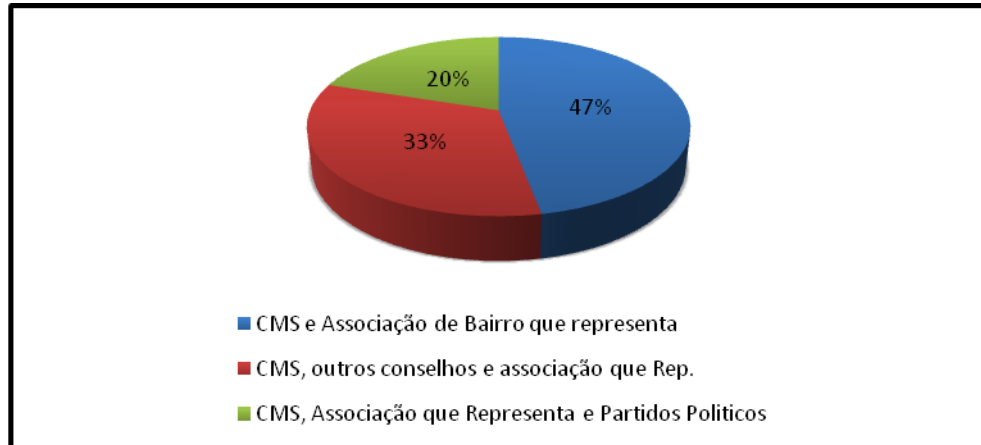


Figura 6: Atuação dos Conselheiros de Saúde de Viçosa em outros espaços de participação como: Partidos políticos, outros Conselhos municipais e associações.

Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

Ressalta-se ainda, que 80% dos conselheiros municipais de saúde entrevistados militam em conselhos, partidos políticos e organizações sociais há pelo menos 5 anos, sendo que a maioria dos entrevistados 27%, atua a pelo menos 11 anos (Figura 7). Dessa forma pode-se perceber que os conselheiros que atuam no Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG se perpetuam na participação, monopolizando o aprendizado em lidar com processos de fiscalização, votação e deliberação, o que também acaba tornando esse fato um modo de seleção das associações ou entidades dos seus representantes dentro do conselho.

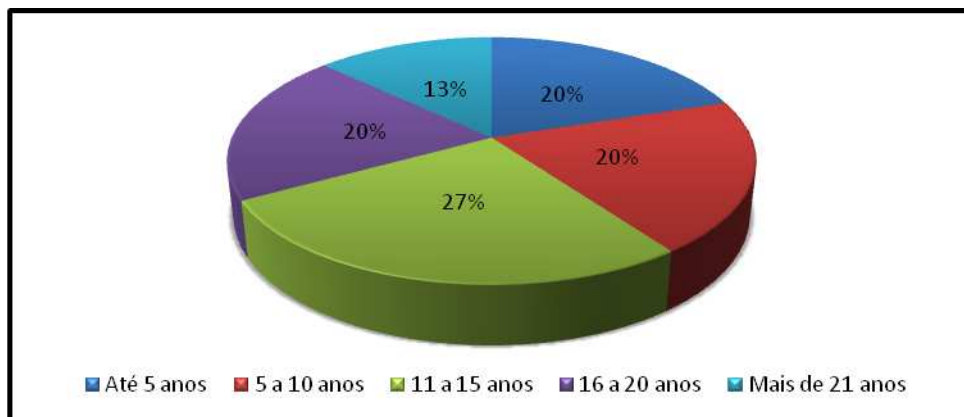


Figura 7: Tempo de militância dos Conselheiros de Saúde de Viçosa em outros grupos sociais, conselhos, partidos políticos e associações.

Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

Grande parcela de conselheiros, 67%, já esteve ou está filiada a algum partido político, sendo que destes, 47% ainda se encontram filiados e se envolvendo em questões político-partidárias. Essa informação pressupõe duas análises de postura dos conselheiros dentro do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG: a primeira, que reflete a oportunidade de capacitação do indivíduo pela vivência participativa dentro de um espaço político; e a segunda que traz a ideia de que o indivíduo pode atuar por interesse partidário dentro do conselho no momento de fiscalizar e deliberar as políticas de saúde do município.



Figura 8: Filiação Partidária dos Conselheiros de Saúde de Viçosa.
 Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

Percebe-se que a maioria dos conselheiros tem uma trajetória de vida que envolve um período de tempo de mais de 5 anos, atuando em organizações sociais, outros conselhos, filiações partidárias e, principalmente, no próprio conselho municipal de saúde como conselheiro. Nessa circunstância, a maioria já atuou pelo menos duas vezes, revelando assim que há um processo seletivo das entidades, com base nos critérios descritos acima, no qual os conselheiros que julgam os mais bem preparados na maioria das vezes.

Por fim, verificou-se quais as formas de seleção, na percepção dos conselheiros, que foram utilizadas pelas entidades e associações no momento de indicá-los a posto de representante.

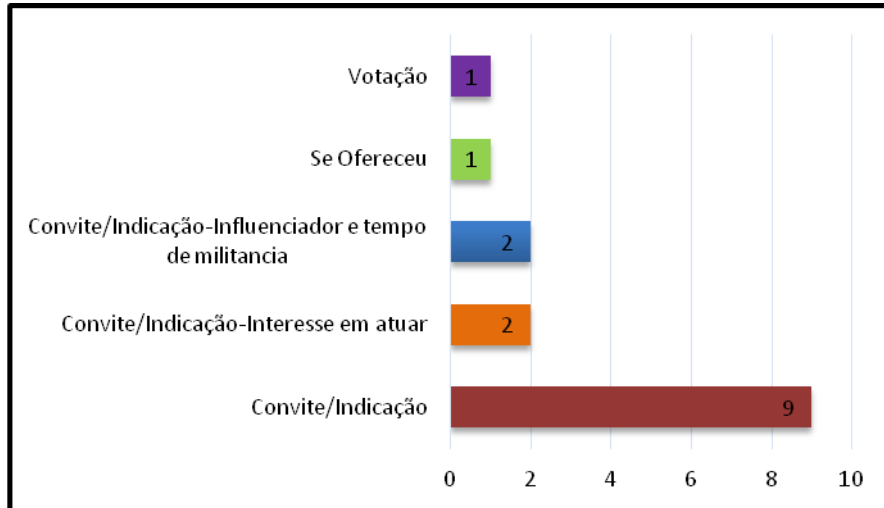


Figura 9: Modo de seleção das associações na escolha de seus representantes no Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG.

Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

Conforme a percepção dos conselheiros (Figura 9), 14 dos 15 conselheiros entrevistados foram convidados e indicados a serem representantes; destes, 2 conselheiros entendem que foram selecionados pelo fato de tempo de militância e por serem influenciadores. Outros dois, acreditam que foram indicados porque demonstraram interesse. 1 conselheiro foi selecionado por votação e os demais receberam o convite por outros motivos. Esse quadro confirma, assim, a colocação de Dowbor, Houtzager & Serafim (2008) de que para a seleção de conselheiros da sociedade civil para participar de conselhos gestores não há a necessidade de ser feita por candidatura e eleições, podendo ocorrer por indicação. Isso revela outras formas de autorização da representação, visto que a pessoa pode ser escolhida por demonstrar interesse, participação em outros grupos sociais, filiação partidária e lideranças, confirmando outros critérios utilizados pelas entidades para selecionar e convidar as pessoas que julgam ser as mais preparadas (DOWBOR, HOUTZAGER & SERAFIM, 2008).

Complementando a discussão, Luchmann (2007) diz que em espaços como os conselhos, que atuam com base na Teoria da Democracia Deliberativa, dá-se centralidade à questão da participação com base em uma nova concepção sobre a legitimidade política, mostrando que a mesma advém de processos de discussão que proporcionam um reordenamento na lógica do poder, diferentemente da democracia representativa que reduz a legitimidade do processo decisório ao resultado eleitoral - voto (LUCHMANN, 2007).

5.2.1.2 Feedback Social

Nessa subcategoria buscou-se identificar como acontece o retorno das informações captadas e coletadas no conselho pelos seus atores e como acontece o repasse às associações ou entidades que representam. Conforme os depoimentos descritos no Quadro 3, a maioria dos conselheiros se reuni com suas associações para que aconteça o repasse de informações.

Para Correia (2006, p. 54), o desejado controle social é a “permanente prestação de contas dos gastos públicos à sociedade e o envolvimento desta, de forma sistemática, e não apenas conjuntural, com o trato da administração de bens e serviços públicos”.

Por outro lado, de acordo com Labra & Figueiredo, a ideia que os conselheiros tenham sobre o controle social é de que

(...) apesar de o tema do controle social ter sido um objetivo fundamental da construção democrática do SUS, e continuar sendo tema central das conferências de saúde em todos os níveis, de incontáveis debates e de numerosas publicações, em geral não é percebido como uma realidade na prática dos Conselhos de Saúde (LABRA & FIGUEIREDO, 2002, p. 545)

Esta é uma característica possível de ser observada nos depoimentos dos conselheiros, onde alguns conselheiros (E4 e E7) não demonstram interesse em fazer o repasse da informação à comunidade, acreditando que é obrigação desta ou de outras entidades e não um dos papéis do representante, o que faz com que a autorização dada aos conselheiros não seja legitimada.

Quadro 3- Relatos dos Conselheiros Municipais de Saúde em relação a Comunicação com a comunidade que ele representa.

ENTREVISTADO(E)	DEPOIMENTO
E1	"Na nossa entidade a gente reuni periodicamente, né! Então a gente tem frequência de trinta a sessenta dias, no máximo de dois em dois meses pra tá fazendo reunião. Então a frequência é comunicação em reunião, assembleia periódica".
E2	"Olha, eu procuro repassa as informações em contatos que eu tenho com os demais participantes, as pessoas que eu represento né. As vezes as pessoas vem e traz reivindicação, faz muito questionamento, uma vez sou eu mesmo e outra vez não! Na maioria do tempo eu sempre estou informando".
E3	"Os presidentes de bairros convocam uma reunião. A gente tentar dar maior apoio pra que a comunicação chegue para que possa estar participando das reuniões e colocar suas propostas a nível local".

E4	" Eu achava que era obrigação da secretaria a divulgação. Eu acho que é isso ai é obrigação dela. É por isso que la no Bairro Santo Antônio tem um conselho comunitário lá e tá montando um conselho lá no Bairro Nova Viçosa, facilita a comunicação".
E5	"Procuro informar com um bom convívio com os moradores, preocupando com os lazeres e os problemas do bairro"
E6	" De vez em quando, alias pra esse presidente (da entidade que representa) eu nunca falei nada, porque nem tem condição da gente falar nem necessidade, ai as vezes eu falo lá (na entidade)".
E7	"Não tem muito não, não procuram saber de nada (os moradores do Bairro)"
E8	"Oh, graças a Deus muito boa, tudo bem entre eu e eles, eu trato bem com todo mundo converso com todo mundo eu não tenho esse negócio não. Só de você se indicado já tá bom, isso é obrigação de todo conselheiro sempre falo o que passa, o que ta passando, é outra coisa que precisa ser feita também. Se não houver comunicação não adianta, não sabe o que tá passando nem o que você tá fazendo".
E9	"Através de reunião da entidade que eu represento, eles vão (comunidade), e a gente discuti nas reuniões, e também vamos na comunidade. Já com a associação de bairro, como sou ex-presidente (2011 a 2013) a gente fala com alguns moradores".
E10	"Eu estou sempre passando para eles nas reuniões, levando para eles o que acontece dentro do conselho e através de e-mails. Então a informação é transmitida, principalmente de mim para eles".
E11	"Através de reuniões com o bairro e nessa reunião passamos todos os conteúdos adquiridos em reuniões do conselho que participamos. Tudo que foi debatido, também levamos alguns documentos para eles verem que ali está sendo real, sai de casa em casa com panfletos entregando em mãos, além disso, ainda passamos com uma moto-som para anunciar a reunião da associação".
E12	"Através de reuniões a minha diretoria (da entidade que representa) toma conhecimento de tudo o que acontece lá (no conselho), mas a informação não chega na Base (nos usuários)".
E13	"Na Associação que represento eu sou vice-presidente, então quando surge alguma coisa, eu mesmo levo pra lá, por que se houver necessidade de levar alguma coisa pra lá, eu mesmo vou levar, porque a gente tem reuniões semanais com o pessoal lá".
E14	"Os temas são levados para as reuniões da entidade que represento".
E15	"A comunicação é boa, ela é principalmente repassada por assembleias gerais que não são frequentes".

Fonte: Elaborado pelo Autor a partir de dados da Pesquisa (2014).

Contudo, na percepção da maioria, o repasse acontece naturalmente; não há exigência por parte da associação e nem planejamento por parte do conselheiro para que isso aconteça. Esse repasse acontece geralmente em reuniões periódicas nas associações e isso é muito importante para manter a comunidade ciente daquilo que acontece no município. Além disso, possibilita ao conselheiro conhecer novas demandas sociais, reclamações e sugestões da comunidade, mostrando que os interesses dos conselheiros estão em manter o tráfico de informações com os representados, como dito por Labra & Figueiredo (2002). Estes autores reforçam a ideia de Correia (2006) quanto à importância da permanência da prestação de

contas a comunidade uma vez que é possível se observar essa atitude na maioria dos depoimentos acima.

De acordo com Dowbor, Houtzager e Serafim:

Quando o representante se coloca no papel de falar em nome de outros, ele deve representar não sua opinião individual, mas a do coletivo. Para isso, ele precisa desenvolver maneiras de se informar sobre as opiniões do coletivo que representa sobre o tema a ser debatido e decidido, e levar ao coletivo as informações sobre as discussões das quais participa, prestando contas sobre sua atuação. Em nossas pesquisas, pudemos observar que os representantes de organizações da sociedade civil buscam informações em variadas fontes, a depender da forma como se relacionam com redes de organizações, especialistas e o próprio grupo que representam (DOWBOR, HOUTZAGER e SERAFIM, 2008, p.17).

Segundo os autores, a qualidade da representação depende além do empenho do representante em prestar contas e buscar informações; depende também da capacidade que o grupo tem em dar as informações de que precisa para exercer uma boa representação, de forma que possa exigir que o representante preste contas da sua atuação. Sendo assim, os representantes e representados têm responsabilidades na construção de uma representação de qualidade (DOWBOR, HOUTZAGER e SERAFIM, 2008). Os dados da pesquisa nos revelam que a maioria dos conselheiros tem o conhecimento da importância da troca de informações, e os relatos acima confirmam que há um encontro que viabilize trazer e receber as demandas da sociedade para dentro do ambiente do conselho de Saúde.

5.2.1.3 Conhecimento e Posicionamento

Conhecer qual a importância, os benefícios e o principal objetivo do Conselho Municipal de Saúde é a chave para uma boa atuação e representação por parte dos conselheiros dentro do conselho. Sendo assim, esse tópico traz na percepção dos conselheiros a ideia e a concepção de Conselho Municipal de Saúde que eles expressam no momento das tomadas de decisão, deliberação e fiscalização.

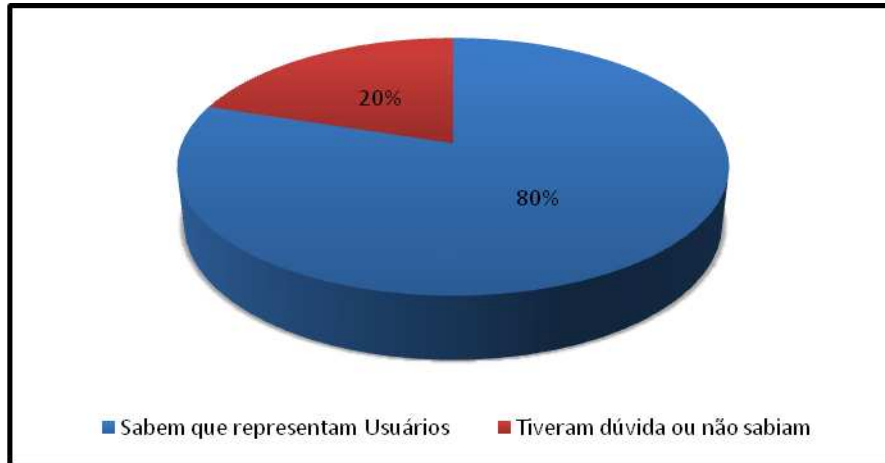


Figura 10: Conhecimento em relação ao seguimento que representam dentro do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG.

Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

Alguns conselheiros, 20% dos representantes da sociedade civil (que nesse caso é considerado significativo), tiveram dúvida ou não sabiam que representavam os usuários, isso confirma que muitos conselheiros simplesmente são convidados e enviados para serem representantes sem saberem aquilo que realmente vão exercer ou representar no conselho, como descrito no depoimento abaixo:

"Porque a única pessoa representante que tem aqui é sou eu, dentro do bairro aqui (no conselho)"(Entrevistado E4 representante da sociedade Civil).

Isso revela o despreparo dos conselheiros, que é um fator determinante na realização do trabalho, e a representatividade dos interesses da sociedade dentro do conselho, o que consequentemente vai exigir maior tempo de adaptação, capacitação e treinamento, atrasando e prejudicando uma boa realização das atividades.

Ademais, a grande maioria dos conselheiros entrevistados demonstrou grande entendimento a respeito da importância, benefícios e objetivo do conselho. Nos depoimentos é possível perceber, na percepção dos conselheiros, a ideia de espaço fiscalizador e deliberativo, que permite a oportunidade de participar em tomadas de decisão, o acesso à informação, a oportunidade de diálogo com pessoas da administração municipal, além de vários outros benefícios conforme Quadro 4.

Apenas um conselheiro não soube responder essa questão, afirmando que ainda não sabia por que não havia participado das reuniões; também há a percepção de que o conselho tem o objetivo somente de fiscalizar, conforme depoimento do entrevistado E5, no Quadro 4,

apresentado a seguir. Por outro lado o depoimento de um dos conselheiros revela sua principal preocupação quanto ao momento das reuniões:

“A minha única preocupação é na hora de vim embora. Porque não tem ônibus, né? Ônibus passou do horário das 8 horas é só 10 horas da noite, então é muita preocupação” (Entrevistado E7 representante da sociedade civil).

Esta fala revela que a principal preocupação do entrevistado enquanto conselheiro presente na reunião não é a questão da resolução de problemas das políticas de saúde, mas sim em não perder o horário do ônibus. Logo, mesmo tendo conhecimento a respeito do papel do conselho, seus benefícios e importância, o conselheiro não tem psicológico para se concentrar nas atividades do conselho, visto a situação que ele se encontra, trazendo uma nova questão problema na representatividade que é a mudança de horário das reuniões se adaptando às necessidades de todos os conselheiros no cumprimento de suas funções.

Quadro 4- Depoimentos sobre a percepção dos conselheiros representantes da sociedade civil quanto à importância, Benefícios (2) e o principal Objetivo do Conselho Municipal de Saúde (11).

Entrevistado(E)	DEPOIMENTO
E1	2) "O conselho é deliberativo, né? É ele que aprova orçamentos de saúde, tudo que passa pela saúde tem que se aprovado lá! Contratação de um médico pra um PSF, é tudo! Ele é de suma importância". 11) "A função dele é essa é fazer a saúde funcionar bem, da melhor forma possível, visando o que? O usuário. O conselho de saúde é o único que funciona bem. Porque é um conselho que o pessoal debate e ele é formado por todas as pessoas da sociedade, tem gente da alta e tem também mais simples, mais humilde e tudo. Lá é bem esclarecido, as coisas num chegam e vai".
E2	2) " O conselho ele é um órgão de controle social, né? É muito importante e eu só vejo benefícios. Então é importante que tenha conselhos, não só o da saúde mas outros pra vinda de verbas e também para fiscalizar a aplicação desses recursos" 11)"Fiscalização e Deliberação, a fiscalização em geral eu ainda acho que é uma forma tímida, mais ela acontece. Ele é deliberativo e vai muito assim da administração Municipal, do gestor geral, do prefeito por exemplo. O controle social acompanha o desenvolvimento das ações e o que prejudica muito o conselheiro eu acho, que é a falta de participação" .
E3	2)"No conselho municipal de saúde a gente debate e afina as propostas pra gente tá levando pra administração municipal pra o órgão competente que é superior que é a secretária municipal de saúde". 11) "O conselho municipal de saúde ele é uma instância que propõem e discute o recurso, a distribuição dos recursos dos planos de saúde, interfere também na forma da gestão dos recursos, se tá sendo mal gerido os recursos e a abordagem nos PSFs. É o papel do conselho municipal tá deliberando algumas questões da saúde".

E4	<p>2)" Conselho ele dá muito benefício ue. Acho que se não tivesse o conselho você não sabia como que administra a verba que vem. O benefício eu acho que é tudo pela associação de viçosa".</p> <p>11)" O objetivo do conselho mesmo é isso ai, é administrar o recurso que vem pra secretaria, entendeu? Se não tiver o conselho não aprovar o recurso, entendeu? Ai não tem como não, o recurso vem e morre, entendeu?".</p>
E5	<p>2)"Eu ainda não sei, porque não participei".</p> <p>11) "Fiscalizar a saúde pública".</p>
E6	<p>2)"Olha são várias, tem muitos representantes de bairros, de associações, entendeu? Então a gente precisa de fazer algumas perguntas pra saber onde que a gente tá pisando"</p> <p>11)"É exatamente perceber o que está indo contrário a saúde né? A tendência é a gente fazer com que as pessoas envolvidas atuem com dignidade, com amor porque isso pra mim é importante".</p>
E7	<p>2) "Ah, é muita coisa boa né, porque ai a gente fica sabendo de muita coisa que anda acontecendo, que antes não tinha né? ".</p> <p>11)"Trazer mais gestão".</p>
E8	<p>2) "Se as pessoas soubessem a importância que tem o conselho, participaria mais dele. Sem conselho o prefeito não anda, se o conselho não funciona ele não recebe verba, não recebe o dinheiro. O conselho fiscaliza tudo, então orçamento tem que passar ali, aprovação de orçamento tem que passar ali, tudo passa ali. O conselho é grande demais pra cidade, por isso que eu falo, o povo brasileiro devia entendê-lo melhor"</p> <p>11)"Cuida de tudo da saúde, aprovar o orçamento, aprovar prestação de conta".</p>
E9	<p>2) "Conselheiros de saúde estão para resolver os problemas. A gente que faz os projetos pra Viçosa, olha as verbas, os levantamentos e fiscaliza se tem algum problema"</p> <p>11) "Na minha opinião o objetivo é discutir os problemas".</p>
E10	<p>2)"O Conselho de Saúde faz com que a saúde funcione melhor, porque ele cobra e fiscaliza. Assim, os gestores se sentem fiscalizados pelo conselho, então isso melhora o atendimento à saúde".</p> <p>11)"Eu entendo que é fiscalizar, deliberar, fiscalizar a utilização do Fundo Municipal de Saúde e deliberar né, que é decidir o que vai ser feito".</p>
E11	<p>2)" Os benefícios que eu enxergo são quando nós vamos ver relatórios, verbas, que eles passam pra nós, mas também só passavam de última hora, que isso ai passa tudo na sua mão, nós temos que votar se aquela verba é viável para a Secretaria de saúde. Se é benefício da saúde, é um benefício muito grande, adquirir mais verbas"</p> <p>11)"Principal objetivo é fiscalizar tudo, o uso de verbas, tudo que tiver estabelecido dentro da secretaria".</p>
E12	<p>2)"Eu acho que a maior importância do conselho, a gente trabalha muito a questão de ver quais são as carências do município e a gente propõe algumas mudanças, e além do mais a gente trabalha muito fiscalizando o que o município faz, principalmente na parte financeira, a gente fiscaliza isso aí. Porque hoje quase todas as políticas para serem aprovadas tem que passar pelo conselho, o próprio governo já definiu isso aí. Para se aprovar certas coisas o conselho tem que aprovar, então o governo já faz uma amarração nisso aí".</p> <p>11)"Ajudar a contribuir com as políticas públicas do município na área da saúde".</p>
E13	<p>2) "Discutir problemas com as pessoas certas, você vai no ponto onde pode encontrar solução, e dá sugestão também principalmente quando você conhece alguma coisa. As vezes você pode contribuir para alguma coisa com alguma ideia que você possa ajudar"</p> <p>11) "Eu acho que é atender uma necessidade legal, que na verdade se não fosse o atendimento dessa necessidade legal, talvez nem tivesse o conselho né, e aí não ia ter o interesse da prefeitura talvez de ter que ficar expondo determinadas coisas, ter que atender. Agora, pra população eu acho que é mais você poder centralizar um local aonde você pode levar as questões que precisam de ser resolvidas né?".</p>
E14	<p>2)"Eu acho que é uma forma de fiscalizar, fiscalização né, eu acho que coloca transparência nas ações da saúde, é uma forma muito boa de participação da sociedade, socializa as informações, os entendimentos, além de que coloca a população e ela pode ser ouvida naqueles seus interesses".</p> <p>11)"Eu acho que é o cuidar das questões da saúde, as questões políticas e</p>

	administrativas".
E15	2)"Eu acho que ela é determinante para o funcionamento das políticas de saúde no município" 11)"Discutir políticas públicas de saúde para o município, aquilo que interessa ao município".

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da pesquisa (2014).

Esses depoimentos confirmam que a maioria sabe o que buscar no conselho, tem a percepção de que o espaço é democrático, permite a fiscalização, a discussão, o voto e a deliberação sobre as políticas de saúde do município. Além disso, nos depoimentos de alguns conselheiros é possível perceber a ideia que os mesmos têm a respeito da própria participação enquanto conselheiro, mostrando o que esperam das atividades que realizam e suas principais preocupações; demonstrando grandes interesses e vontade em ver mudanças; proporcionando benefícios a população e redução de espera em filas quanto aos exames e cirurgias, como descrito nos depoimentos abaixo:

“O que eu espero é isso, melhoria! Que traga benefício, benefício em que? Em redução em tempo de espera em fila, redução em espera de exames e cirurgia. Agora efetivamente melhorar o atendimento, né? Acaba com as filas. Fiscalizar essas ações de projetos da prefeitura e a melhoria de atendimento da saúde tanto nos PSFs e nos dois hospitais de Viçosa” (Entrevistado E1 Representante da sociedade Civil).

Outros relatam que não querem politicagem dentro dos conselhos, mas buscam melhorar as políticas de saúde:

“Eu espero que eu possa contribuir, não fazendo politicagem, mas tentando melhorar a política de saúde da cidade dentro da secretária com propostas, com debates pra que possa melhorar e levar aos gestores que é no caso a administração pública municipal” (Entrevistado E3 Representante da sociedade Civil).

Já outros relatam suas preocupações em realizarem atividades que beneficiem a comunidade, uma vez que ocupam um cargo que poderia ser melhor aproveitado, caso não atuem de forma ativa; se preocupam com a falta de envolvimento de alguns conselheiros como descrito nos depoimentos abaixo:

“Olha, eu espero que esteja dentro das necessidades do conselho, do que o conselho necessita como membro, porque eu estando lá, eu estou ocupando o espaço de uma pessoa que poderia estar fazendo um trabalho interessante, assim dentro daquilo que é exigido. Então eu me preocupo com isso, eu espero de mim dentro do conselho. É isso, trabalhar para que o conselho cumpra bem o seu papel” (Entrevistado E10 Representante da sociedade Civil).

“Espero que melhore alguma coisa né, que haja maior envolvimento de todos, eu espero que haja maior respeito e dignidade para as pessoas carentes, as pessoas que necessitam né” (Entrevistado E12 Representante da sociedade Civil).

Por outro lado, há conselheiros que buscam no próprio conselho mais informações para si; buscam entender o funcionamento e as políticas durante a atuação a ponto de chegarem prontos para desenvolver um bom trabalho no conselho como descrito por um membro:

“Eu espero mais, muito mais pra mim, entendeu? Mais conhecimento entendeu? Mais conhecimento! Que muito conselheiros que tá lá também não tem conhecimento” (Entrevistado E4 representante da sociedade Civil).

Em geral, pode-se perceber que os conselheiros têm grandes preocupações em participar, assim como grandes perspectivas e interesse em contribuir com a saúde do município. Em vários depoimentos é possível perceber essa vontade de se posicionar, de realizar melhorias, de se envolver e participar, mas, para isso, é necessária uma maior capacitação e participação dos seus atores.

5.2.1.4 Frequência em Reuniões

Na subcategoria Frequência em Reuniões buscou-se verificar e analisar o nível de frequência e atuação dos conselheiros em reuniões do conselho durante processos deliberativos e de fiscalização das políticas de saúde no município. Para tanto, se identificou quantas reuniões ordinárias e extraordinárias foram realizadas nesse período, ao passo em que foram traçadas as características de participação dos seus conselheiros. Sendo assim, das 125 atas de reuniões analisadas foi identificado que 106 delas configuraram-se como reuniões ordinárias, planejadas e possuíam descritas em calendário as datas que aconteceriam. Por outro lado, foram observadas 19 reuniões extraordinárias definidas de forma imediata em reuniões ordinárias, conforme Figura 11.

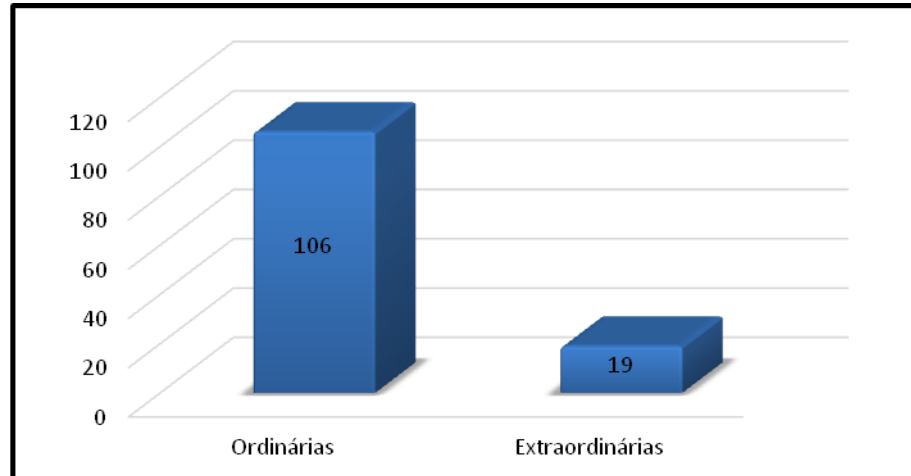


Figura 11: Número de Reuniões Ordinárias e Extraordinárias de 2003 a 2013.
Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

Das 19 reuniões extraordinárias realizadas ao longo do período de análise (Figura 12), em sua maioria, 12 delas, um maior número de representantes do governo e profissionais da saúde estiveram presentes. Nessas reuniões os assuntos tratados foram: apreciação para aprovação do Plano de Contingência da Dengue 2013 – 2014. Entretanto, não houve quórum; apresentação para aprovação da segunda fase 2013-2014 do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, que foi aprovado; também houve apresentação do trabalho das Comissões, composição das comissões e discussão e Apreciação do Plano de Investimento em Estrutura Física da Atenção Primária à Saúde (PDAPS).

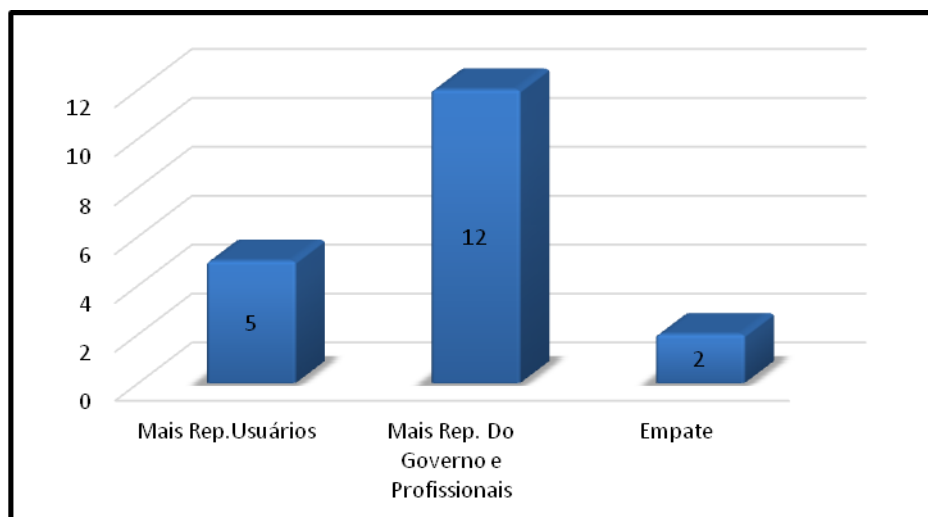


Figura 12: Numero de reuniões Extraordinárias e sua composição no período entre 2003 a 2013.

Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

De acordo com análise das listas de presenças, um outro dado observado se deu em relação aos membros titulares e suplentes (Figura 13), onde de 100 listas de presença

analisadas, que apresentavam as características dos conselheiros, apenas em duas reuniões houveram mais membros suplentes que titulares na composição do conselho.

Estes dados nos revelam que os membros titulares estão muito preocupados em cumprir com seu papel de representante na execução de suas atividades no conselho.

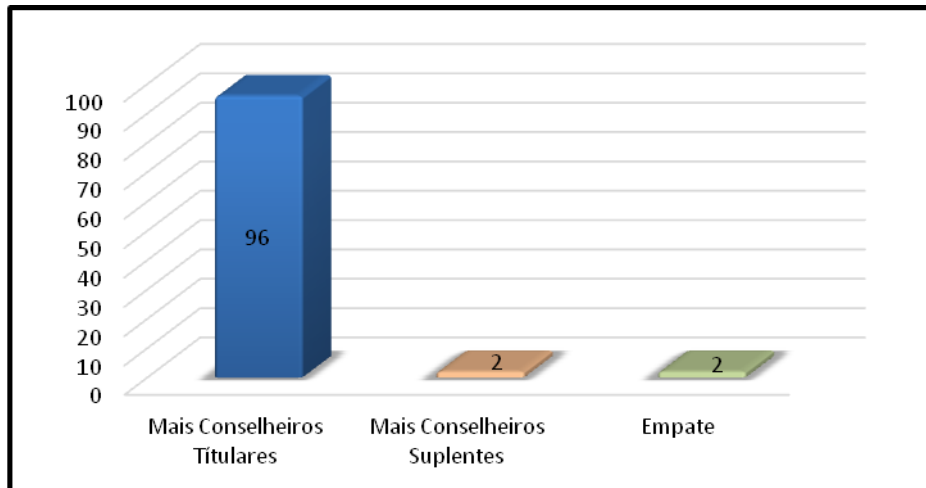


Figura 13: Número de reuniões gerais e sua composição entre membros titulares e suplentes no período entre 2003 a 2013.

Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

De acordo com análise das atas, em 46% das reuniões estavam presentes mais representantes de usuários (que por lei compõem 50% do conselho), do que a soma entre representantes do Governo e profissionais da área da saúde. Por outro lado, e não tão distante, o contrário representou 42%. Além disso, 12% das reuniões registraram em suas listas de presença empate entre o número de representantes presentes nas reuniões de forma geral, seja ordinária ou extraordinária.

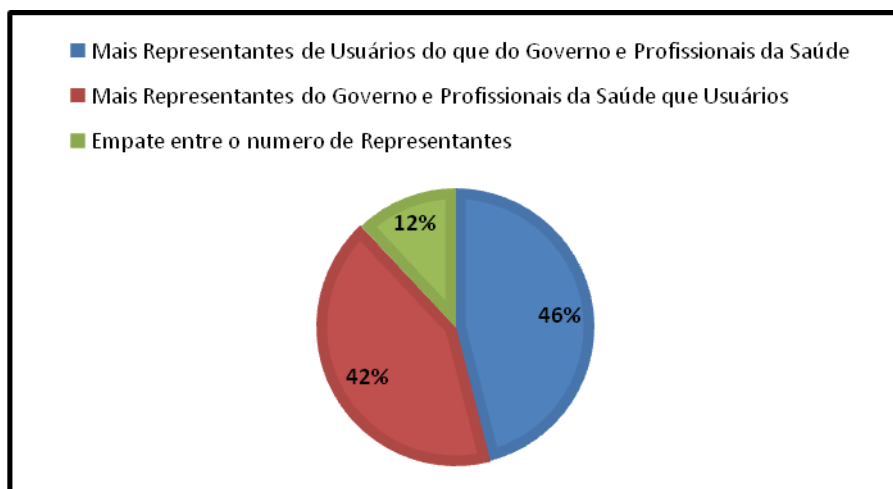


Figura 14: Características das reuniões em termos de representação.

Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

Dos 46% de casos onde mais representantes de usuários foram à reunião do que o somatório entre representantes do Governo e profissionais da área da saúde, 91% dessas reuniões foram ordinárias; em contra partida, 9% foram reuniões extraordinárias, de acordo com Figura 15.

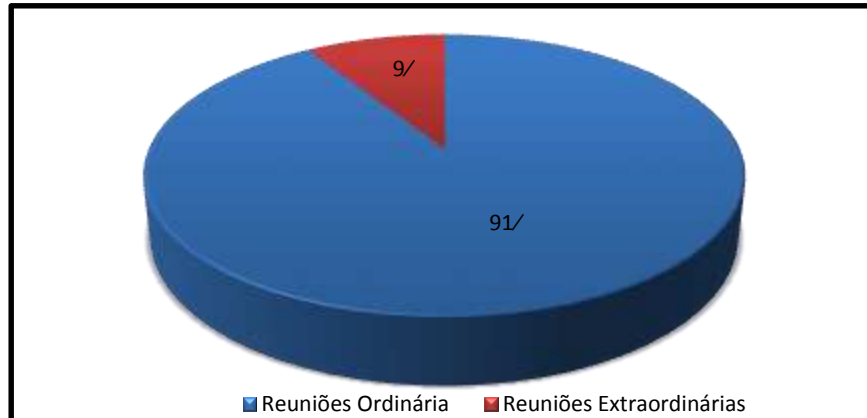


Figura 15: Porcentagem de reuniões ordinárias e extraordinárias que tiveram mais representantes de usuários do que a soma entre representantes do governo e profissionais da saúde.

Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

Dos 12% dos casos onde houve empate no número de representantes do Governo somados aos profissionais da área da saúde e os representantes dos usuários, presentes na reunião (Figura 16), 87% desses casos foram reuniões ordinárias e 13% em reuniões extraordinárias.

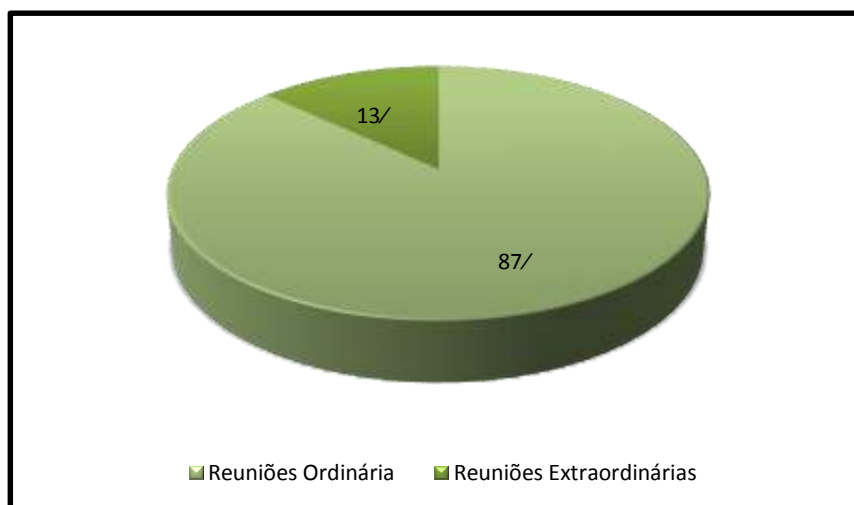


Figura 16: Porcentagem de reuniões ordinárias e extraordinárias que tiveram o mesmo número de representantes do governo e profissionais da saúde que usuários.

Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

Dos 42% dos casos onde mais representantes do Governo somados aos profissionais da área da saúde tiveram maior número do que dos representantes dos usuários na reunião (Figura 17), 75% deles foram reuniões ordinárias. Em contra partida, o número aumentou para 23% em relação às reuniões extraordinárias. Este aspecto confirma que quando a reunião é planejada e avisada com antecedência, os representantes dos usuários aparecem em maior número as reuniões, por outro lado, quando são reuniões imediatistas, como as extraordinárias, os representantes do governo e profissionais da saúde, seja por interesse em temas específicos ou seja por problema de comunicação com os demais representantes no agendamento da reunião comparecem com mais frequência do que os representantes da sociedade civil. Ainda assim, na maioria das reuniões, os representantes da sociedade civil estão comparecendo em maior número, mostrando seu interesse em estarem por dentro das questões da saúde, fiscalizando e deliberando as ações do município.

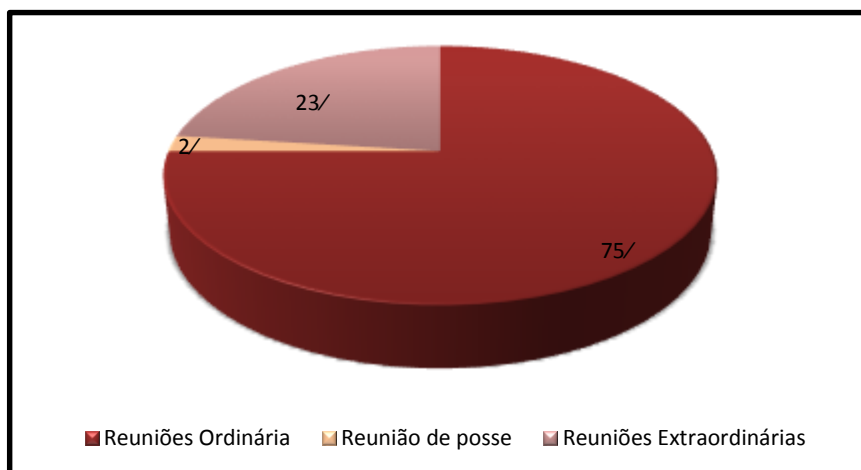


Figura 17: Porcentagem de reuniões ordinárias e extraordinárias que tiveram o mesmo número de representantes do governo e profissionais da saúde que usuários.

Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

O depoimento de um dos entrevistados comprova que, no geral, sejam reuniões ordinárias ou extraordinárias, os representantes do Governo e profissionais da área da saúde estão se omitindo, faltando a muitas reuniões, e, sendo assim, esse conselheiro representante da sociedade civil exige mudanças na postura de certos conselheiros, conforme depoimento abaixo:

“É igual por exemplo a uma das ausências que a gente tinha antes era mais dos representantes do governo. A gente percebe mais ausência do lado governamental. Eu espero que agora venha pessoas mais interessadas” (Entrevistado E1 representante da Sociedade Civil).

Essa percepção é interessante pelo fato de os representantes do governo serem o elo do poder executivo local com as demandas do conselho e, conseqüentemente, com a comunidade. Dessa forma, quando eles se omitem da participação, ou faltam com interesse como descrito no depoimento, acabam interrompendo essa ligação e o trabalho que poderia ser melhor executado fica falho.

Com base nas análises das atas (APENDICE 2), é traçada as características das 113 reuniões estudadas. Dessa forma, foi possível perceber que, ao contrário do registro de presença em reuniões, que aponta menor frequência dos conselheiros representantes do governo e profissionais da saúde, esses são os que mais intervêm e opinam na maioria das reuniões analisadas.

Quando se analisa o quadro 5 (APENDICE 2), percebe-se que em 70 das 113 reuniões analisadas, ou teve-se mais participação dos representantes do governo e profissionais da saúde, intervindo ou opinando, ou somente representantes do governo e profissionais da saúde opinando, revelando que na maioria das vezes o lado governamental da representação no conselho está tendo mais voz que o lado dos usuários. Nesse sentido, se forem analisadas as outras reuniões, é possível perceber que em outras 23 reuniões não houve manifestações, apenas repasse de informações por profissionais, vereadores, médicos e demais convidados.

Na percepção de um dos conselheiros representante da sociedade civil tal situação pode ser assim retratada:

“Então, é pensar sempre em uma forma de preservar, melhorar o conselho, fazer com que as pessoas participem mesmo, as reuniões são muito cansativas, os temas são chatos, então você depara só com aquela cena que vai lá informa aquele monte de coisa que tem que informar, que tem que deliberar, tem que aprovar, tem que ir pra frente, e não tem o que seria mais gostoso, análise das circunstâncias. O conselho não está prazeroso nesse sentido, estudar as possibilidades, discutir mais né, é uma análise das informações que chega, então ele dá pouco. Usar melhor o espaço que tem ali para discutir” (Conselheiro Representante de entidade da Sociedade Civil).

Sendo assim, como reflexo dessa maior participação dos representantes do governo e profissionais, somados ao desinteresse nas reuniões, quando perguntado ao conselheiro representante da sociedade civil se já fizeram alguma proposta que o conselho acatou, a maioria respondeu negativamente, pois ainda não tiveram tempo ou por falta de interesse mesmo. Ao contrário do que é relatado no APENDICE 2, outros porém se mostraram muito ativos a esse ponto, propondo atividades, criação de comissões, fiscalização, investimentos

em postos de saúde e participando de comissões como os entrevistados E1, E8, E9, E12 e E14 (Quadro 6).

Quadro 6 - Depoimentos Sobre a pergunta: Já propôs alguma atividade ou procedimento aceito pelo conselho?

ENTREVISTADO(E)	DEPOIMENTOS
E1	"Não, mas agora vou propor uma votação pra questão do uso do celular dentro do hospital pelos funcionários. O Funcionário tá carregando a maca, empurrando a maca com o paciente e tá no WhatsApp... uma enfermeira tá lá fazendo uma medicação ela erra a dosagem, o paciente se ferra e aí? Eu fiquei o dia inteiro no hospital, noite inteira, 3 dias e isso eu pude vê. E falei, isso é muito sério!"
E2	"Não me lembro não..."
E3	"Atualmente não, dentro destas quatro reuniões eu não tive condições de apresentar uma proposta".
E4	"Não, nunca".
E5	"Ainda não".
E6	"Esse dos cães e Limpeza da Cidade".
E7	"Não, eu fico calada. Eu num coiso nada. Somente ouvindo... A maioria fala demais e outras fica calados".
E8	"Hum quase sempre, eu já fui presidente do conselho né! Eu fazia por exemplo na época muita proposta de trabalho, aprovava no conselho, mandava pro prefeito mandava pra câmara e vai pra promotoria".
E9	"Sim, tinha um terreno abandonado que era o antigo grupo escolar... E propus que era pra ser um posto de saúde e foi aprovado pelo prefeito e tudo... mas os conselheiros que estavam atuando não aprovaram".
E10	"Não, normalmente assim, eu participo mais do que já está predefinido dentro ali das discussões que acontecem".
E11	"Não, mas eu já estive em comissões... como a comissão da fiscalização de remédios".
E12	"Eu estou sempre participando de alguma forma, dando algumas ideias lá, agora específicas agora eu não lembro não, tudo o que é falado lá, eu sempre dou minha opinião, eu opino sempre, mas agora no momento assim de surpresa não, além disso sempre participo de comissões".
E13	"Não, como tem pouco tempo que estou participando, eu estou preferindo acompanhar um pouquinho né, pra ver o que que tem".
E14	"Sim, como por exemplo encaminhar solicitações pro estado, credenciamento de serviços, criação de leito, credenciamento dos serviços, expansão do credenciamento e autorização de assinatura de convênios".
E15	"Não. Eu estou mais ainda na fase do amadurecimento pra escutar, pra entender como é que a coisa funciona".

Fonte: Dados da Pesquisa (2014).

Ao contrário das informações que as atas analisadas trazem - de que conselheiros representantes do Governo intervêm e opinam mais do que os representantes da sociedade Civil (APÊNDICE 2) - o depoimento de um conselheiro muito atuante demonstra o contrário, e revela sobrecargas na atuação dos usuários::

“O problema maior que eu acho dos conselheiros é o seguinte, os conselhos são formados, são iguais, a metade não-governamental e a metade governamental, o que ocorre, eu acredito que a maior parte das participações são dos não governamentais, o meu caso que sou não-governamental, quem é não governamental já tem muitas atividades, a gente é voluntária, a gente já tem muitas atividades que a gente não se dedica tanto, e outra coisa, os governamentais a presença dele é muito pouca. O conselheiro governamental não entendeu que ele tá ali, que ele é fundamental, a maior parte está lá porque foi determinado ele participar daquele conselho” (Entrevistado E10 Representante da sociedade civil).

Outro conselheiro representante da sociedade civil complementa o depoimento descrito acima e reforça que há desinteresse dos dois lados da representação:

“Tem muitos que não participam tanto governamental quanto não-governamental, muito assim né, talvez não contribuem tanto, eu não sei se é uma visão de pouco tempo, mas é uma visão minha né” (Entrevistado E13 Representante da sociedade civil).

Os depoimentos acima levantam a questão do problema quanto à falta de participação e envolvimento no conselho, o que pode ser confirmado por Gerschman (2004) que argumenta que a representação direta dos usuários dos serviços de saúde é difícil por causa da dispersão e falta de articulação interna. Ao longo da história, as Associações de Moradores foram um lugar de agrupamento das comunidades populares, onde havia espaço de discussões na tentativa de resolver problemas. Contudo, nos últimos anos, tiveram um significativo esvaziamento do papel político de representação e articulação de demandas. O que reforça essa dificuldade é a falta de organização política desses setores excluídos; isso faz com que não haja tantas propostas trazidas das comunidades para dentro do conselho assim como falta de organização dentro das associações que levariam o conselheiro a propor medidas mais objetivas e que contribuiriam com a comunidade que representa. Tal falta de articulação e organização traz problemas como a desmotivação que pode ser observada pelo depoimento de um conselheiro:

"Aqui sempre tem um grupo que é mais assim, interessado, mais disposto, outros não. Tem pessoas que vem, mas só por vim, não falam nada, dos dois lados, governo e sociedade civil. Já tivemos época aqui que os conselheiros foram desmotivados, tendo em vista a situação, então eles vão desmotivando. A participação é muito pequena já teve época que a gente nem conseguia quórum. Não dava quórum, várias reuniões tinham projetos importantes e por esse motivo a gente tinha que fica fazendo reunião extra" (Entrevistado E2 Representante da sociedade civil).

Dessa forma, percebe-se que, diferentemente do que os documentos dizem (que representantes da sociedade civil são mais presentes, contudo menos atuantes), os depoimentos dos conselheiros mostram uma visão diferente de atuação e intervenção em reuniões. Sendo assim é possível traçar então as percepções dos conselheiros representantes da sociedade civil em relação à questão da representação, uma vez identificada a trajetória política do conselheiro, como acontece o repasse de informações para a entidade ou associação que representa, o nível de conhecimento e como isso afeta o seu comportamento, perspectivas e posicionamento no conselho.

Foi possível verificar que a maioria dos conselheiros tem grande envolvimento e frequência em outros grupos, partidos políticos, conselhos e atuações de liderança, o que facilita sua articulação dentro do cumprimento de suas funções no Conselho Municipal de Saúde. Percebe-se ainda que, na maioria das vezes, ocorre troca de informação entre o conselheiro e a entidade que este representa, facilitando e melhorando o recebimento das demandas enviadas pela comunidade e a prestação de contas das discussões e atos realizados no conselho e no município.

Verificou-se também que a grande maioria dos conselheiros tem boa percepção de quais os benefícios, importância e qual o objetivo do conselho, o que proporciona maior entendimento e capacidade de argumentação e debate no conselho. Contudo, isso não acontece majoritariamente. Por fim, revelou também que os representantes da sociedade civil são com maior frequência os mais presentes nas reuniões, mostrando que, mesmo com dificuldades de horários, falta de motivação nas reuniões e uma maior intervenção dos representantes do governo nas reuniões, ainda assim esses representantes fazem questão de estarem presentes nas reuniões.

Todavia, é preciso entender que isso não é o bastante, de acordo com a orientação de Oliveira (1995), pois esses representantes dos usuários são chamados de “substituídos”: que são os setores de classe média e os quadros técnicos de suas entidades que passam a ser porta-vozes daqueles segmentos de usuários, o que desfigura a representatividade dos Conselhos. Sendo assim, aqueles conselheiros que têm uma participação frequente em reuniões reclamam do baixo comparecimento da maioria de seus pares e também dos enfrentamentos com os profissionais de saúde, que são e estão mais articulados e, como consequência, com melhores condições de terem bom desempenho dentro do conselho.

5.2.2 Controle social e o papel do Conselho Municipal de Saúde

Nesse tópico, será apresentada a análise sobre a forma como acontece o processo de fiscalização e deliberação pelos conselheiros em relação às ações e atividades realizadas pelo Município para a Saúde.

Para Raichelis (2000, p.81), o controle social é um dos elementos constitutivos da estratégia política da esfera pública. Para o autor, o controle social “implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados”. Dessa forma, o pesquisador frisa a fiscalizações dessas decisões como ponto chave no controle social.

Durante as análises dos resultados encontrados foram identificados 8 tipos de reuniões, em que cada uma expunha características específicas de encontro, apresentando reuniões que apenas tinham o intuito de trazer informações gerais ao grupo; aquelas que tinha único objetivo de deliberação ou fiscalização; aquelas que apresentavam duas dessas características sendo as vezes de deliberação e Fiscalização ou Deliberação e Informação ou até mesmo Fiscalização e Informação; e por fim, aquelas reuniões que abordavam as três ações juntas, deliberar, fiscalizar e informar, segue Tabela 1 abaixo.

Tabela 1 – Características das Reuniões

Ano	Nº Atas	Fiscalização e Informação	Fiscalização e Deliberação	Reunião de posse	Informação	Fiscalização	Deliberação	Deliberação, Fiscalização e Informação	Não deu quorum	Deliberação e Informação
2004	4				3		1			
2005	15	1	4	1	3	3	3			
2006	8		2		1	4	1			
2007	4		2		1		1			
2008	12		1		3	3	3	2		
2009	13	3	2		3		3	2		
2010	18	4			3		3	2	1	5
2011	13	2	2	1	3	1	1	1		2
2012	12	4	1		1	1	4		1	
2013	14	5				2		6	1	
Total	113	19	14	2	21	14	20	13	3	7

Fonte: Desenvolvido pelo autor a partir de dados da pesquisa, 2014.

De acordo com a Tabela 1, é possível identificar as reuniões que mais ocorreram: foram aquelas com o intuito de trazer informações diversas como, por exemplo, a apresentação do Serviço Municipal de Odontologia sob a nova gestão; falar do programa

Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ; a apresentação do Termo de Compromisso e Gestão – 2011; apresentar a situação da gripe Influenza A(H1N1) no município; recomendação do Ministério Público sobre Rescisão de Contratos: PSFs e Agentes de Endemias e outros assuntos.

Essas foram identificadas em 21 das 113 reuniões estudadas; já as reuniões do tipo deliberação a segunda com maior ocorrência, aconteceram em 20 das 113 reuniões e apresentavam discussões como: Deliberação sobre vale transporte dos servidores da Secretaria de Saúde (aprovada por unanimidade); aprovação ou não do projeto do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Viçosa (aprovado por unanimidade); aprovação a proposta do Convênio, sugerido nesta data (14 votos a 3, a maioria absoluta eram representantes do Governo); e aprovação ou não o protocolo de enfermagem (aprovado por unanimidade). Somando-se as duas, foram 41 reuniões tratando apenas desses dois temas isolados. Contudo, ao se fazer uma análise mais geral, as reuniões que tratam dos assuntos deliberação e fiscalização são tratadas em 87 das 113, ou seja, 77% das reuniões efetivamente trabalham realizando as principais funções do conselho.

5.2.2.1 Fiscalização

Nesse subitem, buscou-se identificar qual a percepção do conselheiro representante da sociedade civil sobre as principais ações que o conselho desenvolve e como são desenvolvidas. Dessa forma, foi revelado que a maioria percebe o conselho como um órgão fiscalizador das atividades de saúde do município, seja orçamentária, condições físicas dos Hospitais e PSFs – Programa Saúde da Família, as compras de medicamentos, número de médicos, número de plantões ou acompanhamento dos projetos.

Quadro 7 - Percepção dos conselheiros representantes da Sociedade Civil em relação às ações desenvolvidas no conselho (7) e como são desenvolvidas (8).

Entrevistado(E)	DEPOIMENTO
E1	7)"Fiscalização né de contabilidade, pra ver dados contábeis de quando vem orçamentos na área de saúde e visitamos os Programas Saúde da Família (PSFs) pra vê como que tá o atendimento". 8)"Criados grupos, comissões e cada grupo vai in loco, verifica e tal e depois repassa isso em reunião. A reunião do conselho ela é mensal realmente e passa esses dados pra todo conselho".
E2	7)"As ações no conselho são apresentados os projetos, faz-se as discussões, aprovação ou não aqui no conselho". 8)"De acordo com as necessidades são montado comissões, tem comissão de finança onde a gente discute essas questões de orçamento, fazemos comissão de visitas. Então assim, é um trabalho estruturado de acordo com a necessidade. Além disso há também as comissões frequente".

E3	<p>7)" Resolver os problemas da Zoonose, carrapatos de capivara, animais a solta nas ruas (cães), melhoramento da triagem nos hospitais. Triagem tem que ser feita porém, tem que ter um profissional capacitado".</p> <p>8)"Há comissões pra vários temas. A pessoa tem liberdade de escolher participar das comissões que são instituídas pra cada tema" .</p>
E4	<p>7)"O conselho, ele que to falando com você, ele que administra, entendeu? Assim, sem o conselho a secretaria não pode fazer nada, pra vim uma verba, pra vim qualquer coisa. Se o conselho não aprovado não adianta a secretaria não pode fazer nada sem a aprovação do conselho, entendeu?".</p> <p>8)"Chegou um projeto aqui a gente tem que reunir, tem que aprovar isso aqui, entendeu?".</p>
E5	<p>7) "Ainda não sei " .</p> <p>8) "Não sei".</p>
E6	<p>7) "O conselho só tem mesmo a participação de cada um. Agora, cada um tem a sua função dentro daquele organismo que ele representa, tá? lá eu ouço os relatórios, as palestras tudo isso e faço questionamento, porque a gente quer é que eles (A Administração Municipal) façam o trabalho bem feito"</p> <p>8)"Agente não desenvolve uma ação específica não. Depende do que surge no momento".</p>
E7	<p>7)"Não to sabendo te explicar".</p> <p>8) "Oh, na hora de decidi alguma coisa a única coisa que a gente faz é levantar a mão né! Que ai eles pedem que quem for contra fica em silêncio. E quem achar que deve atuar naquela coisa levanta a mão. Ai a gente levanta a mão".</p>
E8	<p>7)"Tudo que fala de saúde tem que passar aqui, orçamento, aprovação de orçamento de compra, tudo tem que passar no conselho".</p> <p>8) "Hoje a pauta chega com antecedência maior, hoje a pessoa já pensa mais, hoje tem aquela obrigação trazer antes. Então, hoje tá começando enviar pelo computador pra gente lê primeiro, então tá começando a melhorar".</p>
E9	<p>7)"Assim nas reuniões a gente tem palavra e ouve, a gente discute, nesse ponto é bom, falar dos problemas que acontecem e discute".</p> <p>8)"É feito assim, tudo registrado na ata, tem que ter 10 conselheiros pra da quórum, tem também as comissões que é formada para fiscalizar, na minha opinião deveriam ter mais comissões para atuar".</p>
E10	<p>7)"O conselho faz as reuniões, tem a reunião mensal. Além disso, tem umas comissões que também trabalham principalmente quando a agente tem um problema e fiscaliza"</p> <p>8) "Atas, das comissões, do material que a secretária passa para os conselheiros lerem, para se informar antes da reunião. Existem 4 comissões pré definidas, fixas, e pode se formar comissões a qualquer momento, dependendo da necessidade".</p>
E11	<p>7)"O conselho se reúne para esclarecer certos temas, leva determinados problemas que estão ocorrendo, isso aí nós discutimos e tentamos ajudar o Secretário de Saúde na melhor forma possível".</p> <p>8)"Formamos comissões para estudar aquele determinado caso e as pessoas se voluntariam a participar".</p>
E12	<p>7)"Aprovações de projeto, discussões mesmo do dia a dia né?! liberações né?! As vezes de algum recurso pra um hospital ou alguma entidade, apresentação dos trabalhos e a vigilância sanitária".</p> <p>8) "Criar comissões, mas as ações lá são muito complicadas. A última comissão que eu participei, foi a comissão de visita às unidades básicas, eu mais duas ou três pessoas visitamos todas as unidades básicas, detectamos todos os problemas, fizemos várias propostas, levamos lá pra reunião do conselho, apresentamos a deficiência de todas as unidades, propomos aquilo que deveria ser feito, fizemos tudo, na época a secretária ficou de daí uns tempos dar um retorno, não deu o retorno".</p>
E13	<p>7)"Atender determinadas demandas da sociedade que acabam chegando lá e eles colocam na pauta né?!".</p> <p>8) "Comissões, são mais pra desenvolver o trabalho como se fosse um conselho, só que voltado mais pra comunidade".</p>
E14	<p>7)"O papel enquanto o conselho de uma secretaria de saúde é subsidiar, é normatizar, é contemplar o funcionamento da municipalização do município, a própria municipalização, então a existência do conselho você permite que a cidade tenha uma saúde municipalizada, então ele contribui com a efetiva prática da ação municipalizada</p>

	além de que ele gerencia, delibera, sobre planos de saúde, sobre planejamento estratégico da saúde, ele acompanha". 8) "São formadas comissões através de conselheiros voluntários".
E15	7)"Ah, discute problemas da comunidade, da saúde pública e também as vezes faz umas prestações de conta e tal". 8)"Não sei como isso".

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na percepção dos conselheiros, com exceção de dois que não sabem como são desenvolvidas as ações no conselho (entrevistado E5 e E15), eles atribuem a fiscalização das atividades de saúde do município à criação de comissões, sendo 5 permanentes: Saneamento e Meio Ambiente; Vigilância em Saúde; Recursos Humanos; Orçamento e Finanças e Assistência à Saúde, em atuação todo o tempo por determinação do Regimento interno do conselho e as comissões provisórias, criadas dependendo da situação. Na opinião do entrevistado E9, no Quadro 7, deveria haver mais comissões para fiscalizar o poder público. Já E12, critica o poder público (Secretária de Saúde) dizendo que:

“Na última comissão que eu participei, foi a comissão de visita às unidades básicas, eu mais duas ou três pessoas visitamos todas as unidades básicas, detectamos todos os problemas, fizemos várias propostas, levamos lá pra reunião do conselho, apresentamos a deficiência de todas as unidades, propomos aquilo que deveria ser feito, fizemos tudo, na época a secretária ficou de daí uns tempos dar um retorno, não deu o retorno" (Entrevistado E12 Representante da sociedade civil).

Sendo assim, revela que os conselheiros querem participar fiscalizando o que está errado no município, encontram os problemas, propõem soluções, mas são ignorados após todo o trabalho e apresentação do relatório da atividade, não obtendo retorno esperado pelos conselheiros. Na mesma direção, outro conselheiro representante da sociedade civil (Entrevistado E8) relata que “hoje ele (Conselheiro) tem medo de chegar num PSF e dizer o que tá errado lá dentro. Ele tem o direito de fazer isso, tem a obrigação de fazer isso. De vez em quando alguns fazem, mas nem todos fazem”, revelando que há um receio por parte dos conselheiros no momento da fiscalização das atividades, seja por medo do que o poder público vai inferir ou pelo fato de que ele acredita que não resolverá nada como descrito no depoimento do entrevistado E12.

Por outro lado, o conselheiro E14 acredita que, conforme suas próprias palavras “o conselho não está sendo muito utilizado como planejador, como um instrumento de mudança, mas sim e apenas está sendo usado mais de fiscalização”. Da mesma forma que há vários conselheiros que têm a percepção de que o conselho tem como principal papel a fiscalização,

outros já defendem a ideia de que essa função é fraca, pouco realizada ou ineficiente devido à falta de interesse do poder público local, em especial da Secretaria de Saúde do município, como relatado acima por um conselheiro.

Para Correia (2000), o controle social foi arquitetado como a fiscalização direta da sociedade civil sobre os atos públicos e versaria na apropriação dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde pela sociedade civil organizada (CORREIA, 2000).

De acordo com os depoimentos, a questão da fiscalização é realizada pelos representantes da sociedade civil apesar de problemas como, por exemplo, a falta de interesse do governo local em dar continuidade à resolução dos problemas encontrados. Esses dados nos levam ao que Bravo (2002, p. 45) diz sobre o ideal do controle social inscrito na Constituição de 1988: “é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”, os conselheiros participam, querem fazer valer o que está inscrito na constituição, contudo, o governo local não dá continuidade.

5.2.2.2 Deliberação

Buscou-se nessa subcategoria identificar e entender como é o processo deliberativo e a percepção dos conselheiros representantes da sociedade civil frente ao papel do conselho. Para tanto, foram analisados trechos de depoimentos dos conselheiros a fim de verificar qual o entendimento dos mesmos em relação de como acontecem as discussões, decisão e votação dentro da plenária do conselho.

As entrevistas revelaram que os conselheiros têm pleno conhecimento do direito ao voto - momento maior que dá oportunidade do conselheiro mostrar a sua opinião a favor ou contra qualquer atividade do conselho. Além disso, chamam a atenção para a importância do envio da pauta antecipadamente para leitura, uma vez que com isso o conselheiro chega inteirado do assunto que será tratado na reunião, relatam também a importância das discussões das propostas antes das votações e demonstram conhecimento do regimento interno, uma vez que relatam nos depoimentos a questão da formação de quórum para que a votação siga em frente.

Além disso, possuem conhecimento de que o conselheiro proporciona espaço de opinião na apresentação de qualquer proposta como relatado pelo conselheiro entrevistado E9; demonstram também que o conselho exerce seu papel democrático, visto que não há imposição de voto. Por fim, alguns conselheiros relataram (como por exemplo E1 no quadro

8) que o Conselho Municipal de Saúde é o único que funciona realmente e efetivamente em Viçosa, diferente dos outros que atuam somente no papel.

Quadro 8 - Percepção dos conselheiros municipais de saúde de viçosa em relação a maneira que ocorre as Decisões no âmbito do Conselho.

Entrevistado(E)	DEPOIMENTO
E1	"Todo mundo tem seu direito a voto. Então, é o melhor conselho que funciona mesmo em Viçosa. Lá não tem autoritarismo nenhum, tudo é democrático".
E2	"A decisão é na votação. Mas primeiro tem apresentação de projeto. A pessoa responsável vem, apresenta a proposta e é feito um debate, e também depois da apresentação é feito um questionamento, a gente pode questionar o que quiser, tira dúvidas, apresentar sugestão, pedi pra tirar alguma coisa e depois vai no voto. Tudo é com aprovação".
E3	"As decisões elas são colocadas em pauta, a gente recebe a pauta antecipadamente via e-mail ou por carta e a gente já chega lá e manda também algumas propostas, alguns projetos vem por escrito a gente tem a possibilidade de fazer uma leitura antes, já chega afinado. Daí o que tá em pauta a gente vota".
E4	" Ah, por votação. Pra você aprovar uma coisa tem que ter quórum, tem que ter pelo menos 10 pessoas, entendeu? Se você é a favor daquilo, daquele projeto ali, ai você levanta a mão e ai é contado, entendeu? Conta-se quem é a favor e quem é contra, quem abstém, entendeu? E através disso ai de votação".
E5	"Votação".
E6	"É votação".
E7	"As decisões são tudo pela votação né".
E8	"Conversamos, discutido e votamos ali".
E9	"A gente discute, certo? e decide por votação. São 3 minutos que a pessoa pode falar. Já que é votação, todo mundo pode votar, sempre há votação. As vezes falam que é obrigado a votar, mas ninguém manda não. Alguns tem medo de votar por causa do outro que tá lá vendo".
E10	"Então, é através de eleição, de votação. A decisão que tiver a maioria apoiando é esse que vai ficar. lá no conselho num impõem o que deve ser votado não, é democrático".
E11	"É por voto né, nós votamos, leva para discussão e ali a maioria que decide. O estatuto fala que é obrigado a votar, os conselheiros ali presentes vão votar".
E12	"Tudo é discutido e a plenária aprova, qualquer coisa que é feito lá, a gente faz eleição, conta-se os votos favoráveis os que estão desfavoráveis, e aquelas pessoas que não querem votar, que se abstém. Pra aprovar tem que ter a maioria do voto, qualquer ação lá pra ser definido tem que ter a maioria de votos".
E13	"Tendo Quórum, tem discussão e depois votação. Aí vai por maioria".
E14	"Havendo quórum, os membros titulares que estiverem presentes, ou aqueles suplentes na ausência do titular votam, sempre democrático, é pelo voto".
E15	"As decisões ocorrem por consenso, por votação".

Fonte: Dados da Pesquisa (2014).

Por outro lado, alguns conselheiros reconhecem que apesar de haver tanta oportunidade de participação e atuação de forma democrática, é possível perceber traços de relações de poder dentro da plenária como relatado pelo conselheiro entrevistado E9, em que "Alguns tem medo de votar por causa do outro que tá lá vendo", e isso faz com que muita

proposta que poderia ser melhor debatida e discutida, ou votada em outro momento, ou até mesmo reprovada por questões de melhoria, seja levada a outros caminhos, prejudicando o papel deliberativo da busca pelo melhor da saúde do município.

Outro problema percebido pelos conselheiros e que também prejudica o funcionamento do conselho é a questão de votação de propostas que chegam em cima da hora, que não dão prazos para uma reflexão e análise. Uma boa reflexão dos prós e contras é relatada no depoimento de outros dois conselheiros:

“Então o conselho é deliberativo nesse sentido, nada é feito sem ele, principalmente quando vem do Estado Nacional, que tem que passar pelo conselho. Aliás, é um problema que nós temos, que muita coisa chega no conselho em cima da hora que a gente tem que aprovar, que a gente não tem tempo de ler, de discutir” (Entrevistado E10 Representante da sociedade civil).

“O projeto chegou pra ser aprovado em cima da hora num vai aceita mais não, por mais que pergunte porque temos que analisa-lo antes” (Entrevistado E8 Representante da sociedade civil).

Esses relatos são muito importantes para ilustrar que os conselheiros estão preocupados em estar cientes sobre aquilo que será deliberado no conselho, relatando que não dá tempo de ler nem discutir sobre o assunto, e, a partir do depoimento do conselheiro E8, os projetos que chegarem em cima da hora e que não dão prazo para leitura e análise não devem ser aceitos na plenária do conselho. Sendo assim, como já apontado por Labra & Figueiredo (2002), confirmam, de certo modo, o conceito que prevalece na literatura sobre os Conselhos de Saúde - de que é muito baixa a capacidade dos conselheiros representantes dos usuários de influenciarem as decisões do presidente do órgão.

Contudo, um conselheiro que já milita no Conselho Municipal de Saúde desde a sua constituição no município de Viçosa relata que muita coisa mudou daqueles tempos para hoje e mudou para melhor:

“De 91 para os dias de hoje mudou muito, melhorou demais, a sociedade melhorou demais como um todo” (Entrevistado E2 Conselheiro Representante de entidade da Sociedade Civil).

Conforme depoimentos dos conselheiros, revelando suas preocupações e considerável entendimento em relação ao papel deliberativo e democrático do conselho, esses mostraram

que estão bem cientes do seu direito democrático de opinar, discutir e votar. Contudo, como relatado pelos conselheiros e registrado em atas, acabam não atuando em deliberações e discussões, simplesmente votam os projetos em pauta, o que reduziu consideravelmente o papel do conselheiro se omitindo do diálogo e discussões.

Dessa forma, Gerschman (2004) confirma essa situação dizendo que o papel dos representantes no Conselho se torna complicado para ser efetivado de fato, visto a falta de papel político e de entrada em algum tipo de militância que possam sustentar e dar respaldo a atuação desses conselheiros. Além dessas carências, adiciona-se a falta de um conhecimento técnico especializado sobre o setor da saúde (fator que é muito falado pelos conselheiros em seus depoimentos) que permita aos conselheiros deliberar sobre assuntos apresentados pelos secretários municipais.

5.2.2.3 Propostas de Melhoria

Esse tópico traz a visão dos conselheiros representantes da sociedade civil sobre aquilo que melhoraria o funcionamento e execução das atividades, bem como o papel do conselho nas decisões das políticas de saúde do município, baseados no próprio tempo de atuação e vivência dentro do conselho.

Sendo assim, vários conselheiros citam e relatam em seus depoimentos (Quadro 9) a necessidade de capacitação contínua, priorizando a questão do treinamento e ensino do papel do conselho, assim como o que o conselheiro faz enquanto representante da sociedade. Outros citam a falta de participação tanto de representantes governamentais quanto não governamentais exigindo maior comprometimento dos mesmos; também é lembrada a questão da falta de uma sede própria, desvinculada¹⁸ da Secretaria Municipal de Saúde, acreditando que isso traria maior autonomia ao conselho e menos influência do Governo nas decisões de alguns conselheiros. A questão do horário das reuniões e pouca disponibilidade de tempo e outros problemas relatados também deve ser considerada, conforme depoimentos no quadro 9 abaixo.

¹⁸ Até a conclusão desta pesquisa, o Conselho Municipal de Saúde de Viçosa atuava em uma sala emprestada pela Secretaria Municipal de Saúde, dentro do estabelecimento.

Quadro 9 - Percepção dos Conselheiros representantes da Sociedade civil em relação ao que melhoraria o funcionamento do Conselho.

ENTREVISTADO(E)	DEPOIMENTOS
E1	"Capacitação, estrutura do local, um incentivo a mais pros conselheiros, mais resultado, visibilidade, quanto mais visibilidade maior a credibilidade, divulgação das ações e mostra a cara do conselho".
E2	"A participação e interesse dos conselheiros, melhor atuação, porque muitas vezes igual eu falei o problema é mais da parte governamental, do governo. Proposta de capacitação".
E3	"Necessidade de amplia essa participação e aquelas entidades que talvez parou de participa naquela época por algum motivo voltar".
E4	"É capacitação de conselheiro. Muitas vezes você exerceu um cargo e você tem sabe como é que funciona, você tem que capacita pra aquilo, sem a capacitado ele não sabe como que funciona, entendeu? E até as vezes pra você saber como funciona o dinheiro, o recurso como ele é dividido, como que funciona a secretaria, como funciona tudo, você tem que saber como que funciona".
E5	"Não tenho como responder".
E6	"Mais educativo do que qualquer coisa, tá? Talvez campanhas com representantes dessas associações".
E7	"Não pensei ainda não".
E8	"Estrutura física, além disso, a estruturas do conselho ser separado da secretaria de Saúde e palestra pra você conhecer mais a saúde, Capacitação".
E9	"A questão do horário. Porque muita gente tem que pegar ônibus para ir embora e também não obrigação dos votos, porquê aí os conselheiros ficam sem saída com medo, porque tem que aprovar alguma coisa. Além disso, o conselho tinha que divulgar para a população o que acontece lá, fazer mais comissões para fiscalizar o que nós promovemos e a capacitação".
E10	"Um maior envolvimento dos conselheiros. Se os gestores se inteirassem melhor sobre a importância do conselho e também se o presidente do conselho se reunisse com os gestores. Para mim, o conselho de saúde de Viçosa, dentre todos é o mais atuante".
E11	"Mais autonomia, usamos uma sala lá dentro da secretaria de saúde, tinha que ter uma sala só para o conselho, deveria existir uma sede. O conselho, para que ele esteja bem qualificado, acho que cada gestão deveria ter conselheiros capacitados, fornece capacitação".
E12	" Que ele atuasse com conselheiros comprometidos, tanto governamentais quanto não governamentais e capacitação. O secretário, ele levasse para o conselho as coisas mais serias que são discutidas no município e acatasse melhor as propostas que são feitas pelo conselho, acho que isso ai melhoraria bem".
E13	"Eu não tenho proposta ainda não".
E14	"Eu vejo que as pessoas têm muito pouco tempo para trabalhar ali, se tivesse um tempo maior, uma disponibilidade de tempo seria melhor, o fato de não ser remunerado atrapalha também, capacitação é importante demais, capacitação que seja frequente".
E15	"Usar a rede de computadores e ter uma rede dos conselheiros, mais discussões, mudar os horários de reuniões, geralmente são a noite, o pessoal ta cansado, vídeo conferencias e capacitação".

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Ademais, o depoimento de um dos conselheiros, atuante há muito tempo, sugere mudanças na seleção dos representantes do governo, chamando a atenção para a questão do desinteresse desses membros na realização e cumprimento das atividades do conselho atualmente, o que vai ao encontro do que Oliveira (2004) afirma, de que nem sempre o exercício das funções dos conselhos ocorre como previsto legalmente, principalmente pela falta de participação efetiva de seus membros. Abaixo, um depoimento ilustrativo dessa questão:

“Acho que os conselheiros governamentais deveriam ser convidados a participar, e não fossem indicados, identificando o perfil daquela pessoa. Tem que ver as pessoas que tem o perfil para aquilo e esse perfil você vai identificar como? pelo interesse da pessoa, ela tá comprometida, ela tá interessada, realmente ela quer contribuir, realmente ela tá sentindo que a saúde tá precária no município, realmente ela acha que pode melhorar, realmente ela tem algumas ideias, ela quer propor alguma mudança, ela escuta a base, ela observa o que tá acontecendo no município, entendeu?” (Entrevistado E12 representante da sociedade civil).

Esse depoimento mostra a preocupação de conselheiros interessados e comprometidos na tentativa de melhorar a atuação do conselho, selecionando pessoas que realmente tenham vontade de contribuir e buscar mudanças positivas para a saúde do município. Dessa forma, como relatado pelo conselheiro, um perfil que demonstre interesse e comprometimento seriam um ponto importante para que essa mudança aconteça.

Teixeira (2000, p. 93) chama a atenção para todos os itens citados acima pelos conselheiros, pontuando que há três requisitos para um trabalho eficiente dos conselhos: a existência da paridade no acesso à informação, bem como de capacidade técnico-política dos conselheiros e de disponibilidade de tempo e recursos físicos, humanos e tecnológicos; a questão de garantir que os conselheiros sejam escolhidos democraticamente e que os mesmos sejam controlados e responsabilizados pelos seus atos; e por fim, é necessário que haja publicização dos conselhos, divulgado seus atos e a importância da esfera pública para a discussão política dos assuntos tratados no conselho.

De forma conclusiva, podemos perceber que os conselheiros querem mudanças, sabem o que precisam e, na maioria das vezes, vários conselheiros têm a mesma percepção de necessidade de mudança como, por exemplo, a capacitação que foi sugerida em vários depoimentos. Sendo assim, têm-se informações que permitem a esta pesquisa traçar o perfil do conselheiro e que conduz a acreditar que esses fatores de mudança atuariam como

incentivadores e motivadores para que exerçam melhor sua função no conselho enquanto representantes da sociedade civil.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa sobre os conselheiros municipais de saúde de Viçosa-MG mostrou como a trajetória de vida dos conselheiros, a prestação de contas à sociedade civil, o porquê de ser conselheiro e suas principais preocupações, e como as experiências em outras organizações sociais orientam a participação e representação dos mesmos dentro do Conselho. Nessa direção, o conjunto de resultados apresentados e discutidos neste estudo revelou a potencialidade e as dificuldades de atuação e intervenção no processo deliberativo desses atores nas políticas de saúde do município, mostrando que somente o interesse de alguns representantes da sociedade civil e a falta de capacitação reduzem a atuação e o cumprimento do papel deliberativo e fiscalizador do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG.

Respondendo a primeira questão desse estudo - Descrever o perfil dos conselheiros municipais de Saúde de Viçosa-MG representantes da Sociedade Civil e relacionar a inserção dos mesmos em movimentos sociais anteriores com sua atuação no conselho - os dados revelam que as associações e/ou entidades que compõem o Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG selecionam seus representantes, na maioria das vezes, pelo maior grau de instrução, de forma também que essas sejam mais maduras, melhor capacitadas, que demonstrem interesse em participar como agente de mudança da comunidade e que tenham compromisso com o cumprimento de suas obrigações.

Como analisado e descrito ao longo deste estudo, é confirmada a percepção prévia de que aspectos como interesse, participação em outros grupos sociais, filiação partidária e lideranças como critérios utilizados pelas entidades para selecionar e convidar seus associados para atuarem como representante na referida organização.

Conclui-se também que a maioria dos conselheiros tem uma trajetória de vida cheia de atuações em outros grupos, partidos políticos, outros conselhos e experiências de liderança anteriormente e/ou juntamente a sua atuação no conselho. Sendo assim, os representantes da sociedade civil, por todo interesse envolvido, são os mais presentes nas reuniões, mostrando que mesmo com dificuldades de horários, falta de motivação nas reuniões e maior intervenção dos representantes do governo nas reuniões esse grupo está fazendo questão de estar presente nas reuniões, principalmente, para acompanhar, deliberar e fiscalizar tudo aquilo que acontece no município.

Esses aspectos refletem o perfil dos representantes comunitários nos conselhos e reforça como é a prática da representação em sociedades desiguais. Percebeu-se a dominação

de uma elite diferenciada, formada por maioria de homens, mais maduros, como maior nível de escolaridade e com salários bem maiores que a média da população de Viçosa-MG e, conseqüentemente, da comunidade que representa. Tais circunstâncias confirmam e reforçam a desigualdade na representação que existe no cerne das comunidades e entre os conselheiros representantes destas, mostrando a elitização dos conselhos.

Com relação à segunda questão orientadora - Compreender como é feita a prestação de contas à sociedade Civil pelos conselheiros municipais de Saúde – conclui-se que na percepção da maioria dos conselheiros representantes da sociedade civil, o repasse acontece naturalmente, as associações ou entidades não exigem e nem planejam essa ação; da mesma forma o conselheiro faz o repasse de maneira espontânea, pois ele pode ser questionado em reuniões de bairro.

Geralmente, essas reuniões de bairro são periódicas e isso é muito importante para manter a comunidade esclarecida sobre o que está acontecendo na saúde do município, da mesma forma que possibilita também ao conselheiro buscar e conhecer novas demandas sociais, reclamações e sugestões da comunidade, legitimando assim sua autorização como representante. Mesmo que a troca de informação entre representantes e representados aconteça via reuniões, periódicos ou outros meios de comunicação das entidades, o envolvimento das comunidades, e sua interferência na gestão pública ainda é baixo.

Constatou-se ainda que a maioria dos conselheiros representantes da sociedade civil sabe o que é o conselho, qual a sua importância, benefícios e objetivo - o que no geral proporciona maior entendimento e capacidade de argumentação e debate. Contudo, isso não acontece na maioria das vezes por medo de outros representantes presentes na reunião ou por falta de capacitação, mesmo tendo percepção de que o espaço é democrático, que permite a fiscalização, a discussão, o voto e a deliberação sobre as políticas de saúde do município. No geral, os conselheiros têm grande preocupação em participar, querem fiscalizar, informam a sua comunidade o que acontece lá dentro e têm grandes perspectivas e interesse em contribuir com a saúde do município.

Respondendo a última questão desse estudo - Identificar o nível de conhecimento dos conselheiros sobre o papel do representante e do conselho e suas principais preocupações enquanto conselheiro municipal de saúde - conclui-se que vários conselheiros possuem a ideia de que o conselho tem como principal papel a fiscalização; outros já têm a ideia de que essa função é fraca, pouco realizada ou ineficiente devido à falta de interesse do poder público local, em especial, a Secretaria de Saúde do município. Além disso, identificou-se também que a maioria dos conselheiros se preocupa e tem um bom nível de conhecimento em relação

ao papel deliberativo e democrático do conselho, mas que não se efetiva na prática devido a pressão da comunidade e do poder público, mesmo mostrando que estão bem cientes do seu direito democrático de opinar, discutir e votar para exercer o seu papel de representante da sociedade nas decisões, bem como os rumos da saúde pública do município de Viçosa-MG. Todavia, há aqueles que se sentem pressionados e acuados no momento de se manifestar, principalmente por falta de organização política e falta de capacitação.

Sendo assim, o papel dos representantes no Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG, não se torna efetivo, uma vez que a ausência de papel político e de inserção em outros tipos de militância que dariam mais base política e respaldo na atuação desses acontece pouco ou não acontece. Além disso, junto à falta de um conhecimento técnico especializado (capacitação) sobre o setor da saúde, daria mais condições aos conselheiros de deliberar sobre assuntos apresentados pelo poder público local.

Ao abordar a deliberação, Carvalho (1998) traz duas condições para o sucesso dos empreendimentos deliberativos, sendo uma a necessidade de ser totalmente transparente, criando e fazendo existir meios para possibilitar o conselheiro a ter o conhecimento do extenso conteúdo da saúde pública e dos caminhos da política; a outra condição evidenciada por Carvalho é a necessidade de dar aos conselheiros conhecimento técnico e político (capacitação). Dessa forma, revela que há muito ainda para ser feito a fim de proporcionar sucesso ao Conselho Municipal de Saúde de Viçosa.

Entende-se, ademais, que este estudo abre margem para futuras pesquisas a respeito do perfil dos conselheiros, uma vez que foi identificada a elitização do conselho quanto à representação da sociedade civil, possibilitando espaços para trabalhos que visem entender por que isso acontece, ou por que as associações ou entidades pertencentes ao conselho fazem essa escolha, ou ainda, entender se há falta de pessoas interessadas em participar e o que deve ser feito, bem como, possibilita estudos na busca de o porquê do conselho não ser tão transparente com a comunidade ou por que não divulga as ações realizadas lá dentro.

Ao se procurar ouvir os conselheiros, foi permitido a este pesquisador trazer à tona problemas que precisam ser enfrentados para assim fazer avançar o processo democrático no Conselho Municipal de Saúde de Viçosa-MG. Conclui-se, portanto, que esta organização passa pelos mesmos problemas enfrentados em várias outras. Dentre eles, a falta de participação e de capacitação dos conselheiros, excesso de Tecocracia e complexidade do aparelho do Estado e a elitização do conselho por parte dos conselheiros representantes da sociedade civil, o que reduz a representatividade das comunidades carentes dentro do conselho. Sendo assim, o que se mostra mais enfático para minimização dos problemas é

proporcionar capacitação contínua aos atores do conselho e associações, trazendo maior conhecimento sobre a área da saúde e papel do conselho no contexto local.

7 REFERÊNCIAS

ABERS, Rebecca Neaera et al. Representando a diversidade: Estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. **Caderno CRH**, v. 21, n. 52, 2008.

AVRITZER, L. Teoria democrática e deliberação pública. **Lua Nova**, v. 50, p. 25-46, 2000.

_____. New public spheres in Brazil. *International Journal of Urban Regional Research*, v. 30, n. 3, p. 623 -637, 2006.

_____. Teoria crítica, democracia e esfera pública: concepções e usos na América Latina. **DADOS-Revista de Ciências Sociais**, p. 703-728, 2004.

_____. “New public spheres in Brazil”. **International Journal of Urban Regional Research**, 2006.

_____. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. **Dados**, v. 50, n.3, p. 443-464, 2007.

_____. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. *Opinião Pública*, v. 14, n.1, p. 43-64, 2008.

BAPTISTA, T. W. F. **História das políticas de saúde no Brasil: Trajetória do direito a saúde**. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org). *Políticas de saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BARDIN, L. 1977. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.

BOBBIO, N. Democracia representativa e democracia direta. _____. *O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo*. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 41-64, 1996.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília: Editora UnB: Linha Gráfica Editora, 1991.

BOHMAN, J. **Public Deliberation: Pluralism, Complexity and Democracy**, Cambridge: MIT Press, 1996.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1, p. 3, 2005.

BORBA, J., & LUCHMANN, L. H. H. A representação política nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. URBE - **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 2, n 2, p. 229-246, 2010.

BRASIL. Senado federal. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da república Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v.128, n. 182, p. 18055-18059, seção I, pt. 1, set. 1990(a).

_____. Ministério da saúde. Lei 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema Único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Distrito Federal, 1990(b).

_____. Lei 8.742, de 7 de Dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993.

_____. Lei nº 10.257 de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. Brasília, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; Potyara Amazoneida Pereira (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, 2006. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf. Acesso em 20 de dezembro de 2014.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE / IBAM, 1995.

CARVALHO, Maria do Carmo A. A. **Participação social no Brasil hoje**. São Paulo: Instituto Pólis, 1998. 27 p. (Pólis papers, 2).

CARVALHO, B. G.; PETRIS, A. J.; TURINI, B. Controle social em saúde. In.: ANDRADE, S. M.; SOARES, D.A; CORDONI JR., L. (org.) **Bases da Saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

COELHO, Vera Schattan P. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos Estudos-CEBRAP**, n. 78, p. 77-92, 2007.

CORREIA, M.V.C. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

_____. **Controle social na saúde**. Serviço social e saúde. São Paulo: Cortez, p. 111-140, 2006.

COTTA. R.M.M.; MENDES. F.F.; MUNIZ. J. N. **Descentralização das políticas públicas de saúde: “do imaginário ao real”**. Viçosa: Editora UFV, 1998.

COTTA, R. M. M. et al. **Políticas de Saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa, MG: Ed. UFV, 2013. 288p.

CUNNINGHAM, F. Teorias da democracia: Uma introdução Crítica. Tradução Delmar José Volpato Dutra. Porto Alegre: Artmed, 2009. 286 p.

DAHL, R.A. Sobre a democracia. Tradução Beatriz Sidou. Brasília: Universidade de Brasília, 2001.

DOWBOR, Monika; HOUTZAGER, Peter; SERAFIM, Lizandra. **Enfrentando os desafios da representação em espaços participativos**. São Paulo: Cebrap: Ids, 2008.

DOWNS, Anthony. **Uma teoria econômica da democracia**. São Paulo: EDUSP, 1999.

FARIA, Cláudia Feres. Democracia deliberativa: Habermas, Cohen e Bohman. **Lua Nova**, São Paulo, n. 50, p. 47-68, 2000.

FLEURY, S. Reforma sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009.

FUKS, Mario; PERISSINOTTO, Renato. Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 60, p. 67-81, 2006.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Municipal Health Councils: activity and representation of grassroots communities. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n.3, p. 20-29, 1995.

GOHN, M. da G.; Conselhos Gestores e participação sociopolítica. **Coleção Questões da Nossa Época**, v. 84, 2003.

GOHN, Maria da Glória. **Mídia, Terceiro setor e MST: impacto sobre o futuro das cidades e do campo**. Petrópolis, Vozes, 2000.

GUGLIANO, Alfredo Alejandro. Democracia, participação e deliberação: contribuições ao debate sobre possíveis transformações na esfera democrática. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, vol. 4, n. 2, p. 257-283, 2004.

GUTMANN, A.; THOMPSON, D. O que significa democracia deliberativa. Tradutor: Bruno Oliveira Maciel; revisor técnico: Pedro Buck. **Revista Brasileira de Estudos Constitucionais _ RBEC**, Belo Horizonte, ano 1, n. 1, p. 17-78, 2007.

HABERMAS, J. Três modelos normativos de democracia. **Revista Lua Nova**, n. 36, 1995.

HOBBS, T. **Leviathan**, Harmondsworth, England: Penguin Books, 1968.

_____. **Leviatã ou Matéria, Forma e Poder de um Estado Eclesiástico e Civil**. São Paulo, Abril Cultural, 1991.

_____. **Leviatã: ou matéria, forma e poder de um Estado eclesiástico e civil**. São Paulo: Nova Cultural, 1997. (Coleção Os Pensadores).

LABRA E, FIGUEIREDO J. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos Conselhos de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 27, p. 537-47, 2002.

LAVILLE, C. & DIONNE, J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: Artmed; UFMG, 1999.

LUCHMANN, L. H. H. A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova**, v. 70, p. 139-170, 2007.

_____. Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo. **Caderno crh**, v. 21, n. 52, p. 87-97, 2008.

MENDES, D. C. V. R. Representação política e participação: reflexões sobre o déficit democrático. **Revista Katálysis**, v. 10, n.2, p.143-153, 2007.

MILL, John Stuart. **Considerações sobre o governo representativo**. Brasília: Ed. da UnB, 1981.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

OLABUENAGA, J.I. R.; ISPIZUA, M.A. **La descodificacion de la vida cotidiana: metodos de investigacion cualitativa**. Bilbao, Universidad de deusto, 1989.

OLIVEIRA F. **A questão do Estado**. São Paulo: Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais; 1995. (Cadernos ABONG no 8).

OLIVEIRA, Valdir de castro. Comunicação, Controle Público e Participação Popular no Sistema Único de Saúde. **Revista Acadêmica do Grupo comunicacional de São Bernardo**, Belo Horizonte, ano 1, n. 2, 21 p , Julho/Dezembro 2004.

GIERKE, Otto. **Political Theories of the Middle Age**. Boston: Beacon Press, 1987.

PITKIN, Hanna Fenichel **The concept of representation**. Berkeley: University of California press, 1967.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, 2001.

REIS, J. R. F. Cultura de Direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil. In: MOROSINI, M. V. G. C.; REIS, J. R. F. (Org.). **Sociedade, estado e direito à Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

RODRIGUES, A. **Psicologia Social**. 14ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

ROUSSEAU, J. J. O contrato social: princípio de direito político. **Edições e Publicações Brasil**, 1963.

SANTOS Jr, Orlando Alvez dos; AZEVEDO, Sergio; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz. Democracia e Gestão local: A experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: SANTOS Jr, Orlando Alvez dos; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; AZEVEDO, Sergio. **Governança democrática e poder local: a experiência dos Conselhos Municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Revan, p.11-56, 2004.

SILVA, Claudio et al. **Curso de direito constitucional positivo**. 23 ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

SOARES, M.A.S. **O plebiscito, o referendo e o exercício do poder**. São Paulo: Celso Bastos Editor, 1998.

SOUZA, L.C. Democracia: Representativa, Deliberativa ou Participativa? O Espaço dos Conselhos neste Debate. **Revista Multidisciplinar da UNIESP**, n.10, p.120-131, 2010.

STANISCI, S. **A Gestão pública democrática. Perspectivas apontadas pelos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente**. 1997. 98f. Dissertação (Mestrado). PUC, São Paulo, 1997.

TEIXEIRA, Ana Cláudia C. (Orgs.). **Conselhos gestores de políticas públicas**. São Paulo: Pólis, p. 92- 96, 2000. (Publicações Pólis, 37).

VALE, M. M. Os conselhos gestores de políticas públicas e a democracia deliberativa: limites e desafios para a consolidação deste instituto deliberativo. **Revista TCEMG**, 2013.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Centro**, v. 30130, p. 100, 2006.

ANEXO 1

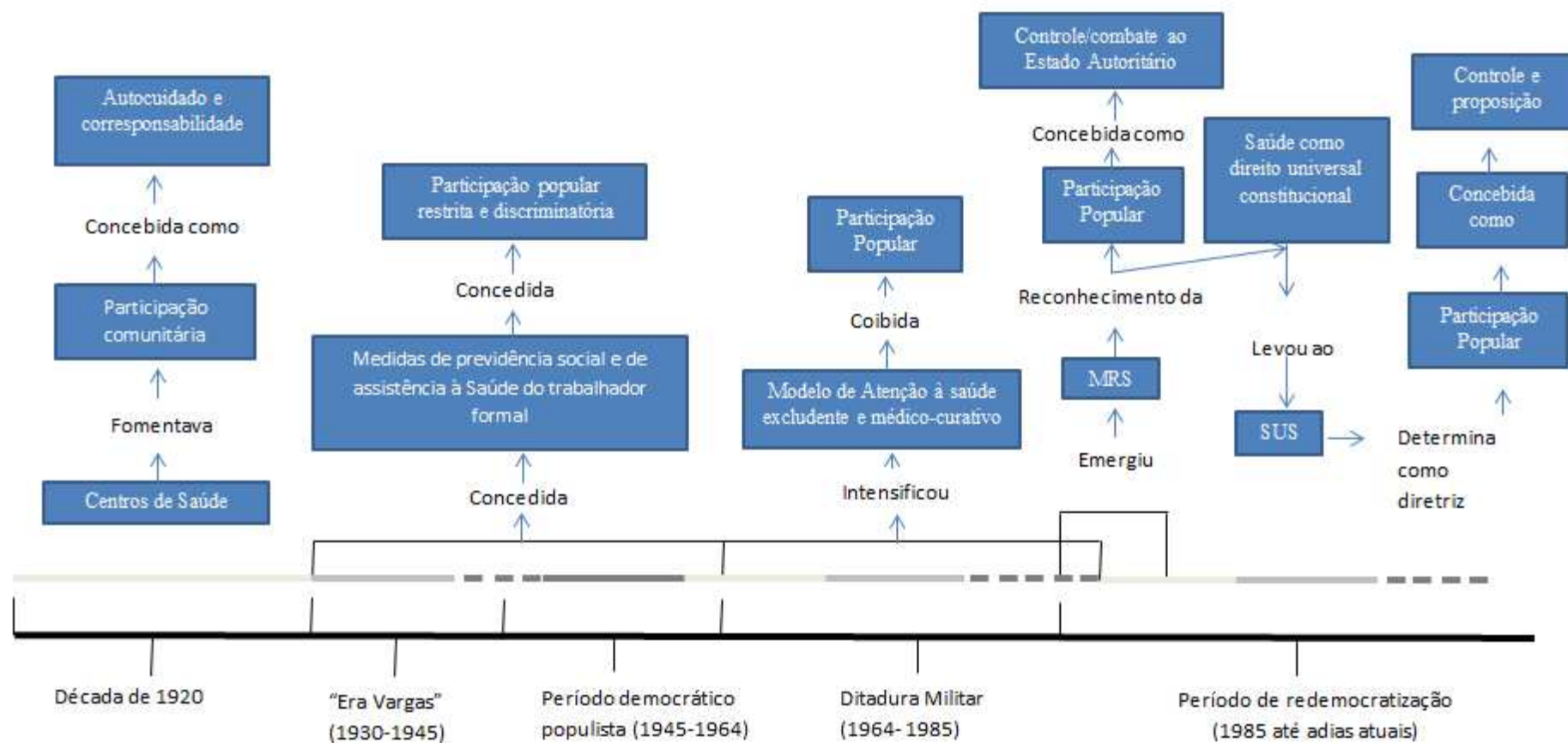


Figura 18: Mapa conceitual informativo das diferentes concepções da participação social ao longo do desenvolvimento histórico do sistema de saúde brasileiro

Fonte: Políticas de Saúde: Desenhos, Modelos e Paradigmas, 2013, p.186

ANEXO 2

REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VIÇOSA – MG – APROVADO EM 19/03/2007 ALTERADO PELAS RESOLUÇÕES 002/2008, 005/2010 e 003/2013.

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - O Conselho Municipal de Saúde - CMS de **Viçosa - MG** é órgão de instância colegiada e deliberativa e de natureza permanente, criado pela Lei Municipal nº. 815, de 27 de setembro de 1991, em conformidade com as disposições estabelecidas nas Leis Federais nº. 8080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e na Resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003 do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 2º - O CMS tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da política Municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de Controle Social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º - Compete ao Conselho Municipal de Saúde:

I - Atuar na formulação e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros, e nas estratégias para sua aplicação aos setores público e privado;

II - Deliberar sobre os modelos de atenção à saúde da população e de gestão do Sistema Único de Saúde;

III - Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração de planos de saúde do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal, em função dos princípios que o regem e de acordo com as características epidemiológicas das organizações dos serviços em cada instância administrativa (Art. 37 da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990); e em consonância com as diretrizes emanadas da Conferência Municipal de Saúde.

IV - Participar da regulação e do Controle Social do setor privado da área de saúde;

V - Propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde.

VI - Aprovar a proposta setorial da saúde no Orçamento Municipal.

VII - Criar, coordenar e supervisionar Comissões Intersetoriais e outras que julgarem necessárias, inclusive Grupos de Trabalho, integradas pelas secretarias e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil;

VIII - Deliberar sobre propostas de normas básicas municipais para operacionalização do Sistema Único de Saúde;

IX - Estabelecer diretrizes gerais e aprovar parâmetros municipais quanto à política de recursos humanos para a saúde;

X - Definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, e do Fundo Municipal de Saúde, oriundos das transferências do orçamento da União e da Seguridade Social, do orçamento estadual, 15% do orçamento municipal como decorrência do que dispõe o artigo 30, VII, da Constituição Federal e a Emenda Constitucional nº. 29/2000.

XI - Aprovar a organização e as normas de funcionamento das Conferências Municipais de Saúde, reunidas ordinariamente a cada 2 (dois) anos, e convocá-las, extraordinariamente, na forma prevista pelo parágrafo 1 e 5 do Art. 1º da Lei Federal n. 8142, de 28 de dezembro de 1990;

XII - Aprovar os critérios e o repasse de recursos do Fundo Municipal de Saúde para o Fundo da Secretaria Municipal de Saúde e outras instituições e respectivo cronograma e acompanhar sua execução;

XIII - Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Câmara de Vereadores e mídia, bem como com setores relevantes não representados no Conselho;

XIV - Articular-se com outros conselhos setoriais com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento do sistema de participação e Controle Social;

XV - Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do município;

XVI - Cooperar na melhoria da qualidade da formação dos trabalhadores da saúde;

XVII - Divulgar suas ações através dos diversos mecanismos de comunicação social;

XVIII - Manifestar-se sobre todos os assuntos de sua competência.

XIX - Autorizar a criação e implantação dos Conselhos Locais de Saúde que deverão ser constituídos de forma paritária, nos termos da Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, com regimento a ser aprovado pelo CMS de Viçosa (Inciso acrescido pela Resolução 002, de 11 de fevereiro de 2008 do CMS)

CAPÍTULO III

ORGANIZAÇÃO DO COLEGIADO

Art. 4º - Conselho Municipal de Saúde tem a seguinte organização:

1. Plenário
2. Comissões e Grupos de Trabalho
3. Mesa Diretora
3. Secretaria Executiva

Seção I

Plenário

Art. 5º O Plenário do Conselho Municipal de Saúde é o fórum de deliberação plena e conclusiva, configurado por Reuniões Ordinárias e Extraordinárias, de acordo com requisitos de funcionamento estabelecidos neste Regimento.

Subseção 1

Composição

Art. 6º - O CMS é composto de 28 (vinte e oito) membros, escolhidos com observância da composição do plenário estabelecida pelo artigo 3º da Lei Municipal nº. 815, de 27 de setembro de 1991, modificada pela Lei Municipal nº. 822 de 19 de setembro de 1991, pela Lei Municipal nº 1778, de 31 de outubro de 2006 e pela Lei Municipal 2.118 de 06 de abril de 2011, garantida a paridade dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos. Sua constituição é a seguinte:

I - 14 representantes de entidades de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, assim especificados:

- a) 5 (cinco) representantes de associações de moradores;
- b) 1 (um) representante de associações de portadores de necessidades especiais e de doenças crônicas;
- c) 1 (um) representante de clubes de serviços ou entidades similares;
- d) 3 (três) representantes de entidades filantrópicas, cadastradas no Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS, não prestadoras de serviços ao SUS e
- e) 4 (quatro) representantes de sindicatos e associações de classe.

II – 7 (sete) representantes dos trabalhadores de saúde, assim especificados:

- a) 1 (um) representante dos profissionais de nível superior da Secretaria Municipal de Saúde;
- b) 1 (um) representante dos profissionais de nível médio da Secretaria Municipal de Saúde;
- c) 1 (um) representante dos demais servidores da Secretaria Municipal de Saúde;
- d) 1 (um) representante de sindicatos de trabalhadores em saúde;
- e) 2 (dois) representantes de associações de classe da área de saúde e
- f) 1 (um) representante da área de saúde da Universidade Federal de Viçosa.

III - 7 (sete) representantes de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos, assim especificados:

- a) O Secretário Municipal de Saúde;
- b) 1 (um) representante do Poder Executivo ;
- c) 1 (um) representante de serviço de saneamento;
- d) 2 (dois) representantes dos hospitais filantrópicos e conveniados com o SUS, sendo 1 de cada um deles;
- e) 2 (dois) representantes dos demais prestadores de serviços

§ 1º - A cada titular do CMS de Viçosa corresponderá um suplente. (modificado pela Lei nº 2.118 de 06 de abril de 2011)

§ 2º - Será considerada como existente, para fins de participação no CMS, a entidade regularmente organizada.

§ 3º - A representação dos trabalhadores do SUS será definida por indicação conjunta das entidades representativas das diversas categorias

Art. 7º - Os membros representantes (titular e suplente) serão apresentados ao Presidente do CMS, mediante correspondência formal e específica, dirigida pela diretoria da entidade representada.

Art. 8º Os representantes dos segmentos e/ou órgãos integrantes do Conselho Municipal de Saúde terão mandato de dois anos, ficando a critério dos segmentos e/ou órgãos, a substituição ou manutenção dos Conselheiros que as representam, a qualquer tempo, excetuando os casos previstos nos ' 1º, ' 2º e ' 3º ' 4º deste Artigo.

'1º Será dispensado, automaticamente, o conselheiro que deixar de comparecer a 2 (duas) reuniões consecutivas ou a 4 (quatro) intercaladas no período de um ano

' 2º A perda do mandato será declarada pelo Plenário do Conselho Municipal de Saúde, por decisão da maioria simples dos seus membros, comunicada ao Prefeito Municipal para tomada das providências necessárias à sua substituição na forma da legislação vigente;

' 3º As justificativas de ausências deverão ser apresentadas, previamente, na Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde para apreciação do plenário.

' 4º Perderá a representação a entidade que deixar de ser representada por 4 (quatro) reuniões consecutivas ou a 6 (seis) intercaladas no período de um ano.

Art. 9º - Aos Conselheiros incumbe:

I - Zelar pelo pleno e total desenvolvimento das atribuições do Conselho Municipal de Saúde;

II - Estudar e relatar, nos prazos pré-estabelecidos, matérias que lhes forem distribuídas, podendo valer-se de assessoramento técnico e administrativo;

III - Apreciar e deliberar sobre matérias submetidas ao Conselho para votação;

IV - Apresentar Moções ou Proposições sobre assuntos de interesse da saúde;

V - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

VI - Acompanhar e verificar o funcionamento dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, dando ciência ao Plenário;

VII - Apurar e cumprir determinações quanto às investigações locais sobre denúncias remetidas ao Conselho, apresentando relatórios da missão;

VIII - Desempenhar outras atividades necessárias ao cumprimento do seu papel e ao funcionamento do Conselho;

IX - Construir e realizar o perfil duplo do Conselheiro - de representação dos interesses específicos do seu segmento social ou governamental e de formulação e deliberação coletiva no órgão colegiado, através de posicionamento a favor dos interesses da população usuária do Sistema Único de Saúde;

~~X - comunicar ao suplente imediato, em tempo hábil, a sua impossibilidade de comparecer à reunião, para que este possa substituí-lo;~~ (Inciso excluído pela Resolução 002, de 11 de fevereiro de 2008 do CMS)

XI - Justificar, na Secretaria Executiva, suas ausências até o início da reunião.

Subseção II

Funcionamento

Art. 10º O Conselho Municipal de Saúde reunir-se-á em dependências que lhe forem destinadas pela Secretaria Municipal de Saúde, ordinariamente, mensalmente, às terças segundas feiras de cada mês, às:00 horas e, extraordinariamente, por convocação de seu Presidente ou em decorrência de requerimento da maioria absoluta dos seus membros (modificado pela Resolução nº 03, de 20 de maio de 2013) ;

' 1º As reuniões serão iniciadas com a presença mínima da metade mais um dos seus membros ou, em segunda convocação, após 15(quinze) minutos, com a presença de, no mínimo 10(dez) de seus membros (modificado pela Resolução 05 de novembro de 2010);

' 2º Cada membro terá direito a um voto;

§ 1º - Na presença do titular o suplente não terá direito a voto.

§ 2º - O suplente substitui o titular em suas faltas e impedimentos. O voto é permitido somente a quem estiver no exercício da representação.

Art. 11º - A pauta da reunião ordinária constará de:

a) discussão e aprovação da ata da reunião anterior;

b) informes dos Conselheiros e apresentação de temas relevantes para o conhecimento da plenária;

c) ordem do dia constando dos temas previamente definidos e preparados, nos termos que estabelece o ' 5º deste artigo;

d) deliberações;

e) definição da pauta da reunião seguinte;

f) encerramento.

' 1º Os informes e apresentação de temas não comportam discussão e votação, somente esclarecimentos breves. Os Conselheiros que desejarem apresentar informes devem inscrever-se logo após a leitura e aprovação da ata anterior.

' 2º Para apresentação do seu informe cada conselheiro inscrito disporá de 5 minutos improrrogáveis. Em caso de polêmica ou necessidade de deliberação, o assunto deverá passar a constar da ordem do dia da reunião ou ser pautado para a próxima, sempre a critério do Plenário.

' 3º A definição da ordem do dia, partirá da relação dos temas básicos aprovados pelo Plenário, dos produtos das comissões, das indicações dos conselheiros ao final de cada Reunião Ordinária.

' 4º Sem prejuízo do disposto no ' 3º deste artigo, a Secretaria Executiva poderá proceder à seleção de temas, obedecidos os seguintes critérios:

- a) Pertinência (inserção clara nas atribuições legais do Conselho);
- b) Relevância (inserção nas prioridades temáticas definidas pelo Conselho);
- c) Tempestividade (inserção no tempo oportuno e hábil);
- d) Precedência (ordem da entrada da solicitação);

' 5º Cabe à Secretaria Executiva a preparação de cada tema da pauta da ordem do dia, com documentos e informações disponíveis, inclusive destaques aos pontos recomendados para deliberação, a serem distribuídos pelo menos uma semana antes da reunião, sem o que, salvo o critério do plenário, não poderão ser votados.

' 6º Para apresentação do tema, o expositor ou relator terá até vinte minutos, sem apartes. Após a apresentação, o assunto será colocado em discussão, assegurando-se a cada conselheiro o tempo de 03(três) minutos para usar a palavra, por ordem de inscrição. (acrescentado pela Resolução 05 de 22 de novembro de 2010)

Art. 12º - As deliberações do Conselho Municipal de Saúde, observado o quorum estabelecido, serão tomadas pela maioria simples dos conselheiros presentes considerando os suplentes em exercício, mediante:

- a) **Resoluções:** decisões do Conselho, dentro de suas atribuições específicas, que serão submetidas à homologação do Chefe do Executivo;
- b) **Recomendações:** sobre tema ou assunto específico que não é habitualmente de sua responsabilidade direta, mas é relevante e/ou necessário, dirigida a ator ou atores institucionais de quem se espera ou se pede determinada conduta ou providência;
- c) **Moções** que expressem o juízo do Conselho sobre fatos ou situações, com o propósito de manifestar reconhecimento, apoio, crítica ou oposição.

' 1º As Resoluções, uma vez homologadas pelo Chefe do Executivo, deverão ser publicadas em jornal de circulação no município.

' 2º Na hipótese de não homologação pelo Prefeito Municipal, a matéria deverá retornar ao Conselho Municipal de Saúde na reunião seguinte, acompanhada de justificativa e proposta alternativa, se de sua conveniência. O resultado da deliberação do Plenário será novamente encaminhado ao Prefeito Municipal.

' 3º A não homologação nem manifestação pelo Prefeito Municipal em trinta dias após o recebimento da decisão, demandará solicitação de audiência especial ao Prefeito pela Comissão de conselheiros designada pelo Plenário;

' 4º Após analisadas e/ou revistas as Resoluções, o texto final será novamente encaminhado para homologação e publicação, devendo ser observado o prazo previsto no parágrafo '3º.; a não homologação da proposta de Resolução pelo Prefeito ensejará o seu encaminhamento ao Ministério Público, para as providências cabíveis.

' 5º - Sem prejuízo da elaboração da ata, as deliberações serão identificadas pelo seu tipo, registradas em formulário próprio, separadas por assunto e devidamente numeradas e datadas. Nelas constarão: o assunto, as considerações e a decisão do CMS. Serão assinadas durante as reuniões pelo Presidente e, no verso, pelos demais membros presentes.

Art. 13º - As Reuniões do Conselho Municipal de Saúde, observada a legislação vigente, terão as seguintes rotinas para ordenamento de seus trabalhos:

I - As matérias pautadas, após o processo de exame preparatório, serão apresentadas preferencialmente por escrito, destacando-se os pontos essenciais, seguindo-se a discussão e, quando for o caso, a deliberação;

IV - As votações devem ser apuradas pela contagem de votos a favor, contra e abstenções, mediante manifestação expressa de cada conselheiro, ficando excluída a possibilidade de votação secreta;

V - A recontagem dos votos deve ser realizada quando a presidência da Plenária julgar necessária ou quando solicitada por um ou mais conselheiros.

Art. 14º - As reuniões do Plenário devem ser registradas em atas, e constar:

a) relação dos participantes seguida do nome de cada membro com a menção da titularidade (titular ou suplente) e do órgão ou entidade que representa;

b) resumo de cada informe, onde conste de forma sucinta o nome do Conselheiro e o assunto ou sugestão apresentada;

c) relação dos temas abordados na ordem do dia com indicação do(s) responsável(eis) pela apresentação e a inclusão de alguma observação quando expressamente solicitada por Conselheiro(s);

d) as deliberações tomadas, inclusive quanto à aprovação da ata da reunião anterior aos temas a serem incluídos na pauta da reunião seguinte, registrando o número de votos contra, a favor e abstenções, incluindo votação nominal quando solicitada;

' 1º O teor das matérias tratadas nas reuniões do Conselho estarão disponíveis, em ata, na secretaria executiva;

' 2º - A Secretaria Executiva providenciará a remessa de cópia da ata de modo que cada Conselheiro titular possa recebê-la, no mínimo, 5 dias antes da reunião em que será apreciada;

Art. 15º - O Plenário do Conselho Municipal de Saúde pode fazer-se representar perante instâncias e fóruns da sociedade e do governo através de um ou mais conselheiros designados pelo Plenário com delegação específica.

Seção II

Comissões e Grupos de Trabalho

Art. 16º - As Comissões permanentes, criadas e estabelecidas pelo Plenário do Conselho Municipal de Saúde têm por finalidade articular políticas e programas de interesse para a saúde, cujas execuções envolvam áreas não integralmente compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, em especial:

a) Saneamento e Meio Ambiente;

b) Vigilância em Saúde;

c) Recursos Humanos;

d) Orçamento e Finanças

e) Assistência à Saúde

Art. 17º A critério do Plenário, poderão ser criadas outras Comissões e Grupos de Trabalho em caráter permanente ou transitório que terão caráter essencialmente complementar à atuação do Conselho Municipal de Saúde, articulando e integrando os órgãos, instituições e entidades que geram os programas, suas execuções, e os conhecimentos e tecnologias afins, recolhendo-os e processando-os, visando à produção de subsídios, propostas e recomendações ao Plenário do Conselho Municipal de Saúde.

Parágrafo único - Em função das suas finalidades, as Comissões e Grupos de Trabalho têm como clientela exclusiva o Plenário do Conselho Municipal de Saúde que lhes encomenda objetivos, planos de trabalho e produtos e que poderá delegar-lhes a faculdade para trabalhar com outras entidades.

Art. 18º - As Comissões e Grupos de Trabalho de que trata este Regimento serão constituídas pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme recomendado a seguir:

a) Comissões, até 4 membros efetivos;

b) Grupo de Trabalho, até 5 membros efetivos;

' 1º As Comissões e Grupos de Trabalho serão dirigidas por um Coordenador designado pelo Plenário do Conselho Municipal de Saúde, que coordenará os trabalhos, com direito a voz e voto,

' 2º Nenhum conselheiro poderá participar simultaneamente de mais de duas Comissões Permanentes;

' 3º Será substituído o membro da Comissão ou Grupo de Trabalho que faltar, sem justificativa apresentada até 48 horas após a reunião, a duas reuniões consecutivas ou quatro intercaladas no período de um ano. A Secretaria Executiva comunicará ao Conselho Municipal de Saúde para providenciar a sua substituição.

Art. 19º - A constituição e funcionamento de cada Comissão e Grupo de Trabalho serão estabelecidos em Resolução específica e deverão estar embasados na explicitação de suas finalidades, objetivos, produtos, prazos e demais aspectos que identifiquem claramente a sua natureza.

Parágrafo único - os locais de reunião das Comissões e Grupos de Trabalho serão escolhidos segundo critérios de praticidade.

Art. 20º - Aos coordenadores das Comissões e Grupos de Trabalho incumbe:

I - Coordenar os trabalhos;

II - Promover as condições necessárias para que a Comissão ou Grupo de Trabalho atinja a sua finalidade, incluindo a articulação com os órgãos e entidades geradores de estudos, propostas, normas e tecnologias;

III - Designar secretário "ad hoc" para cada reunião;

IV - Apresentar relatório conclusivo ao Secretário Executivo sobre matéria submetida a estudo para encaminhamento ao plenário do Conselho Municipal de Saúde;

V - Assinar as atas das reuniões e as recomendações elaboradas pela Comissão ou Grupo de Trabalho, encaminhando-as ao Plenário do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 21º - Aos membros das Comissões ou Grupo de Trabalho incumbe:

I – Realizar estudos, apresentar proposições, apreciar e relatar as matérias que lhes forem distribuídas;

II – Requerer esclarecimentos que lhes forem úteis para melhor apreciação da matéria;

III – Elaborar documentos que subsidiem as decisões das Comissões ou Grupos de Trabalho;

Art. 22º - As Comissões e os Grupos de Trabalho poderão convidar qualquer pessoa ou representante de órgão municipal, empresa privada, sindicato ou entidade civil, para comparecer às Reuniões e prestar esclarecimentos, desde que aprovado pelo Plenário.

Seção III

Mesa Diretora

Art. 23º - A Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde será constituída por: Presidente, Vice-Presidente, Secretário e Vice-Secretário, eleitos entre seus pares, com mandato de um ano, permitida a recondução de seus membros.

Parágrafo único – A vacância de qualquer membro da Mesa Diretora ensejará eleição de seu substituto na primeira reunião subsequente à vacância.

Art. 24º - O Presidente, e na sua ausência, o Vice-Presidente, terá as seguintes atribuições:

' 1º Conduzir as Reuniões Plenárias;

' 2º Encaminhar para efeito de divulgação pública as Resoluções, Recomendações e Moções emanadas do Plenário, nas Reuniões por ele presididas.

Art. 25º - O secretário terá as seguintes atribuições:

'1º Contribuir com a elaboração das atas, resoluções, recomendações e moções do conselho.

'2º Acompanhar a manutenção do arquivo do conselho.

Art. 26º - O Vice - Secretário substituirá o Secretário na sua ausência e terá as mesmas atribuições.

Art. 27º - O Presidente do Conselho Municipal de Saúde terá, além de seu voto, o de minerva.

Parágrafo único – O Presidente tem a prerrogativa de deliberar em casos de extrema urgência, ad referendum do Plenário, submetendo o seu ato à ratificação deste na reunião subsequente.

Seção IV

Secretaria Executiva

Art. 28º - O Conselho Municipal de Saúde terá uma Secretaria Executiva, diretamente subordinada ao seu Presidente.

Parágrafo Único - A Secretaria Executiva é órgão vinculado ao Secretário Municipal de Saúde, tendo por finalidade a promoção do necessário apoio técnico-administrativo ao Conselho, suas Comissões e Grupos de Trabalho, fornecendo as condições para o cumprimento das competências legais expressas nos Capítulos I e II deste Regimento;

Art. 29º - São atribuições do(a) Secretário(a) da Secretaria Executiva:

I - Preparar, antecipadamente, as reuniões do Plenário do Conselho, incluindo convites a apresentadores de Temas previamente aprovados, preparação de informes, remessas de material aos Conselheiros e outras providências;

II - Acompanhar as reuniões do Plenário, assistir ao Presidente da mesa e anotar os pontos mais relevantes visando à checagem da redação final da ata;

III - Dar encaminhamento às conclusões do Plenário, inclusive revendo a cada mês a implementação de conclusões de reuniões anteriores;

IV - Acompanhar e apoiar os trabalhos das Comissões e Grupos de Trabalho, inclusive quanto ao cumprimento dos prazos de apresentação de produtos ao Plenário;

X - despachar os processos e expedientes de rotina;

XI - Acompanhar o encaminhamento dado às Resoluções, Recomendações e Moções emanadas do Conselho e dar as respectivas informações atualizadas durante os informes do Conselho Municipal de Saúde;

XII - Instalar as Comissões e Grupos de Trabalho;

XIII - Promover e praticar todos os atos de gestão administrativa necessários ao desempenho das atividades do Conselho Municipal de Saúde e de suas Comissões e Grupos de Trabalho, pertinentes a orçamento, finanças, serviços gerais e pessoal; dirigir, orientar e supervisionar os serviços da Secretaria;

XIV - Articular-se com os Coordenadores das Comissões e Grupos de Trabalho para fiel desempenho das suas atividades, em cumprimento das deliberações do Conselho Municipal de Saúde e promover o apoio necessário às mesmas;

XV - Submeter ao Secretário do Conselho Municipal de Saúde e ao Plenário, relatório das atividades do Conselho Municipal de Saúde do ano anterior, no primeiro trimestre de cada ano;

XVI - Acompanhar e agilizar as publicações das Resoluções do Plenário;

XVII - Convocar as Reuniões do Conselho Municipal de Saúde e de suas Comissões e Grupos de Trabalho, de acordo com os critérios definidos neste Regimento;

XVIII - Exercer outras atribuições que lhe sejam delegadas pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde, assim como pelo Plenário.

CAPÍTULO IV

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Art. 30º - A Conferência Municipal de Saúde é a instância deliberativa máxima do Município no que diz respeito à formulação da Política Municipal de Saúde.

Art. 31º - A Conferência será convocada a cada 02 anos pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme art. 11º da Lei Municipal nº. 815 de 27 de novembro de 1991, e terá sua composição igual à do Conselho, porém com maior número de participantes.

Art. 32º - Os participantes da Conferência serão os delegados escolhidos e/ou eleitos entre os prestadores de serviço, usuários e servidores da saúde, e os observadores ou convidados.

§ 1º - Serão delegados os membros inscritos por indicação prévia como representantes de instituições governamentais ou não governamentais, usuários ou prestadores, ou aqueles que se inscreverem na abertura da Conferência, mediante comprovação de serem representantes das entidades a que são filiados, observando-se o limite por entidades.

§ 2º - Os membros inscritos como delegados terão direito a voz e voto; os observadores e convidados terão direito apenas a voz.

Art. 33º - A Conferência poderá ser convocada extraordinária a qualquer momento para serem debatidos temas de relevância municipal, devendo suas decisões serem encaminhadas pelo CMS.

Parágrafo Único - A convocação extraordinária da Conferência dar-se-á:

I - Pelo Conselho Municipal de Saúde.

II - Por 2/3 dos delegados membros da Conferência anterior.

Art. 34º - O CMS em vigência poderá vetar a legitimidade da Conferência, em caso de detectar e comprovar irregularidades no processo de sua convocação e/ou eleição de delegados. Neste caso, deverá ser convocada nova conferência num prazo máximo de 30 (trinta) dias.

Art. 35º - O processo eleitoral de cada Conferência deverá ser definido pelo CMS no prazo de 60 (sessenta) dias, anterior à data de instalação da conferência.

Parágrafo Único - O Conselho deverá elaborar também o regimento interno de cada Conferência, sendo que este deve ser submetido à aprovação da mesma no momento de sua instalação.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 36º - O Conselho Municipal de Saúde poderá organizar mesas-redondas, oficinas de trabalho e outros eventos que congreguem áreas do conhecimento e tecnologia, visando subsidiar o exercício das suas competências, tendo como relator um ou mais Conselheiros por ele designado(s).

Art. 37º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Plenário do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 38º - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data da sua publicação, podendo ser alterado por meio de propostas formais e escritas de qualquer um dos membros do CMS, mediante aprovação de 2/3 (dois terços) do Colegiado.

Art. 39º - As eventuais divergências ou conflitos com atos infra-legais em vigor na data da aprovação deste regimento, terão sua validade condicionada às respectivas alterações nos atos, devendo sua viabilização ser da competência do Secretário Municipal de Saúde.

Art. 40º - Ficam revogadas as disposições em contrário.

Viçosa, 19 de março de 2007.
Conselho Municipal de Saúde

ANEXO 3**MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VIÇOSA – 2014/2016**

I – REPRESENTANTES DE ENTIDADES DE USUÁRIOS DO SUS		
TITULARES	SUPLENTES	
MARIA DO CARMO MARTINS MANJA - UMAN	SEBASTIÃO AMARO DA SILVA – UMAN	
FRANK PAIVA DA CUNHA - UMAN	MARCELO ANTÔNIO LOPES - UMAN	
NEIDE LUZIA DE MORAIS - UMAN	EDSON RENATO BRÁS - UMAN	
ROBSON PIRES DOS SANTOS - UMAN	GILBERTO DA SILVA BRANDÃO – UMAN	
JOÃO BATISTA DE SOUZA - UMAN	MARCOS RODRIGUES BARBOSA – UMAN	
SEBASTIÃO GERALDO FILHO – AVIRC	EDSON NEREU DE GOUVEIA - AVIRC	
EDSON EVARISTO RIBEIRO – LIONS	SEMIRAMES DELLA LUCIA GOMES – LIONS	
MARIA DAS GRAÇAS PEREZINI - APAS	EUNICE ALVES NOGUEIRA – AOJEC	
MARINALVA REBOUÇAS SANTOS - CENSUS	NATÁLIA ESTEVES REIS - LAR DOS VELINHOS	
JOÃO BATISTA DA COSTA - CASA DO CAMINHO	EDERALDO GONÇALVES MONTEIRO – APAC	
VANNER BOERE - ASPUV	IEDA LOBO DA SILVEIRA – ASPUV	
JEANNE MARIA CUPERTINO FERRAZ – ASAV	JÚLIO CÉSAR DOS REIS – ASAV	
Não há representante – SINFUP	Não Há representantes – SINFUP	
MARINHO ISIDORO SOBREIRA - SINDICATO RURAL	GERALDO PINHEIRO DE FREITAS - SINDICATO RURAL	
II – REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES DE SAÚDE		
PAULIANA PIMENTEL COELHO GARCIA - NÍVEL SUPERIOR	ELIANE CORREA RABELO DE MAGALHÃES PINTO – NÍVEL SUPERIOR	
VALDIR SANTOS ALEXANDRINO – NÍVEL MÉDIO	VIVIANE APOLINÁRIO RAMALHO - N. MÉDIO	
MARIA HELENA GONÇALVES PIMENTA FIALHO – DEMAIS SERVIDORES	SOLANGE CORSINA DOS SANTOS - DEMAIS SERVIDORES	
JOÃO BOSCO PEREIRA - SINTESS	SUELI APARECIDA DA SILVA - SINTESS	
SÉRGIO NORFINO PINTO - AMV	FLÁVIO HENRIQUE TANURE CASSEMIRO - AMV	
.....	
DEÍSE MOURA DE OLIVEIRA - UFV	LUIZ SÉRGIO DA SILVA - UFV	
III – REPRESENTANTES DO GOVERNO, DE PRESTADORES DE SERVIÇOS PRIVADOS CONVENIADOS OU SEM FINS LUCRATIVOS		
ILDAMARA GANDRA DE MENEZES – SEC. MUN. DE SAÚDE	VALQUÍRIA APARECIDA BATALHA - SMS	
ANTÔNIO ELIAS CARDOSO - PMV	SUELI DOS SANTOS CARVALHO - PMV	

HENRIQUE FREITAS SANTANA - SAAE	FRANCIANNY MARIA DE PAULA SOUZA - SAAE	
SÉRGIO CARDOSO PINHEIRO – HSJB	ANTÔNIO JOSÉ MACIEL – HSJB	
LUNA LAURA DE BARROS MIRANDA – HSS	MARIA DA PENHA FERREIRA DOS SANTOS - HSS	
VALDEIR JÚNIOR FIALHO – CISMIV	ROSELI CLARISMUNDO DE OLIVEIRA – CISMIV	
RAQUEL DE OLIVEIRA FREITAS - APAE	

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA:

Percepção dos conselheiros do conselho municipal de saúde de viçosa-MG sobre representação e o papel do conselho no contexto local

Pesquisador Principal: Reinaldo Antônio Bastos Filho

INFORMAÇÕES E PERFIL DO CONSELHEIRO:

- 1) Qual segmento de conselheiros o Sr. (a) representa (Estado, Sociedade, Prestador de Serviço ou Trabalhador)?
- 2) O Sr. (a) possui alguma filiação partidária ou já possuiu? Se sim, com qual partido? Como é/era o seu envolvimento?
- 3) Em qual faixa etária o Sr. (a) se enquadra?
 - a. Até 20 anos de idade
 - b. De 21 a 30 anos de idade
 - c. De 31 a 40 anos de idade
 - d. De 41 a 50 anos de idade
 - e. De 51 a 60 anos de idade
 - f. De 61 a 70 anos de idade
 - g. Mais de 71 anos de idade
- 4) Em qual nível de escolaridade o Sr. (a) se enquadra?
 - a. Ensino Fundamental Incompleto
 - b. Ensino Fundamental Completo
 - c. Ensino Médio Incompleto
 - d. Ensino Médio Completo
 - e. Ensino Superior Incompleto
 - f. Ensino Superior Completo
 - g. Pós Graduação
- 5) Em qual faixa de Renda o Sr.(a) se enquadra?
 - a. Até 1 salário mínimo
 - b. De 2 a 4 Salários
 - c. De 5 a 7 Salários
 - d. De 8 a 10 Salários

e. Mais de 10 Salários mínimos

6) De quantas gestões o Sr. (a) fez parte?

7) Desde quando o Sr. (a) milita no CMS/Viçosa-MG ou em outra organização social?

8) O Senhor já participou de outros conselhos, associações, grupos? Em que momento? Em que ele se difere do CMS/Viçosa-MG?

9) Como foi selecionado a ser conselheiro?

PERCEPÇÃO DO CONSELHEIRO:

1) Por que você participa do conselho?

2) Qual a importância e quais benefícios do conselho para a sociedade viçosense?

3) Quais são as suas principais preocupações enquanto conselheiro?

4) O que o senhor/a espera das atividades realizadas por você dentro do conselho?

5) Como é a comunicação de você com a comunidade que representa?

6) Como é o clima entre os conselheiros?

7) Quais ações são desenvolvidas no conselho?

8) Como são desenvolvidas as ações dentro do conselho?

9) Já propôs alguma atividade ou procedimento aceito pelo conselho?

10) Como é a relação do poder Municipal com o Conselho quando se trata de gestão da política de saúde?

11) Qual o principal objetivo do conselho municipal de saúde de Viçosa-MG?

12) Como ocorrem as decisões no âmbito do Conselho?

13) Quais são os principais assuntos dentro da Saúde pública discutida e deliberada pelo conselho?

14) Quais seriam as medidas que melhorariam o funcionamento do Conselho?

APÊNDICE 2

Quadro 5- Características da participação dos conselheiros em propostas e intervenções nas reuniões.

Ano	Nº Atas	Participação nas reuniões						
2004	4	Em 1 reunião o mesmo número de representantes da Sociedade Civil (50%) e representantes do Governo/Profissionais da Saúde (50%) se manifestaram.	Em 3 reuniões houve apresentação de informação por profissionais, vereadores e outros convidados. Não houve manifestação de conselheiros.					
2005	15	Em 2 reuniões o mesmo número de representantes da Sociedade Civil (50%) e representantes do Governo/Profissionais da Saúde (50%) se manifestaram.	Em 5 reuniões houve apresentação de informação por profissionais, vereadores e outros convidados. Não houve manifestação de conselheiros.	Em 1 reunião mais representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram do que Representantes da Sociedade Civil.	Em 6 reuniões apenas representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram.		Em 1 reunião mais representantes da Sociedade Civil opinaram e interviam mais do que representantes do Governo/Profissionais da Saúde.	
2006	8		Em 1 reunião houve apresentação de informação por profissionais, vereadores e outros convidados. Não houve manifestação de conselheiros.	Em 3 reuniões mais representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram do que Representantes da Sociedade Civil.	Em 4 reuniões apenas representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram.			
2007	4		Em 1 reunião houve apresentação de informação por profissionais, vereadores e outros convidados. Não houve manifestação de conselheiros.	Em 1 reunião mais representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram do que Representantes da Sociedade Civil.		Em 1 apenas Representantes da Sociedade Civil deram opinião ou interviam.	Em 1 reunião mais representantes da Sociedade Civil opinaram e interviam mais do que representantes do Governo/Profissionais da Saúde.	
2008	12	Em 2 reuniões o mesmo número de representantes da Sociedade Civil (50%) e representantes do Governo/Profissionais da Saúde (50%) se manifestaram.	Em 4 reuniões houve apresentação de informação por profissionais, vereadores e outros convidados. Não houve manifestação de conselheiros.	Em 3 reuniões mais representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram do que Representantes da Sociedade Civil.	Em 2 reuniões apenas representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram.		Em 1 reunião mais representantes da Sociedade Civil opinaram e interviam mais do que representantes do Governo/Profissionais da Saúde.	

2009	13		Em 2 reuniões houve apresentação de informação por profissionais, vereadores e outros convidados. Não houve manifestação de conselheiros.	Em 3 reuniões mais representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram do que Representantes da Sociedade Civil.	Em 8 reuniões apenas representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram.			
2010	18	Em 2 reuniões o mesmo número de representantes da Sociedade Civil (50%) e representantes do Governo/Profissionais da Saúde (50%) se manifestaram.	Em 3 reuniões houve apresentação de informação por profissionais, vereadores e outros convidados. Não houve manifestação de conselheiros.	Em 6 reuniões mais representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram do que Representantes da Sociedade Civil.	Em 5 reuniões apenas representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram.	Em 1 apenas Representantes da Sociedade Civil deram opinião ou interviam.		1 reunião não houve quórum.
2011	13	Em 1 reunião o mesmo número de representantes da Sociedade Civil (50%) e representantes do Governo/Profissionais da Saúde (50%) se manifestaram.	Em 4 reuniões houve apresentação de informação por profissionais, vereadores e outros convidados. Não houve manifestação de conselheiros.	Em 1 reunião mais representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram do que Representantes da Sociedade Civil.	Em 5 reuniões apenas representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram.	Em 1 apenas Representantes da Sociedade Civil deram opinião ou interviam.	Em 1 reunião mais representantes da Sociedade Civil opinaram e interviam mais do que representantes do Governo/Profissionais da Saúde.	
2012	12	Em 1 reunião o mesmo número de representantes da Sociedade Civil (50%) e representantes do Governo/Profissionais da Saúde (50%) se manifestaram.		Em 2 reuniões mais representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram do que Representantes da Sociedade Civil.	Em 7 reuniões apenas representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram.		Em 1 reunião mais representantes da Sociedade Civil opinaram e interviam mais do que representantes do Governo/Profissionais da Saúde.	1 reunião não houve quórum.
2013	14			Em 11 reuniões mais representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram do que Representantes da Sociedade Civil.	Em 2 reuniões apenas representantes do governo/Profissionais da Saúde interviam e opinaram.			1 reunião não houve quórum.
Total	113	9	23	31	39	3	5	3

Fonte: Elaborado pelo Autor a partir de dados da Pesquisa (2014).