

FERNANDA GABRIELA GANDRA PIMENTA MAGALHÃES

**CONTROLE SOCIAL NO PROCESSO PARTICIPATIVO: UM ESTUDO NO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA (MG)**

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
2017

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

T

M188c
2017
Magalhães, Fernanda Gabriela Gandra Pimenta, 1993-
Controle social no processo participativo : um estudo no
conselho municipal de saúde de Juiz de Fora (MG) / Fernanda
Gabriela Gandra Pimenta Magalhães. – Viçosa, MG, 2017.
xiii, 150f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui anexo.

Inclui apêndice.

Orientador: Wesley Silva Xavier.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f.128-135.

1. Administração municipal - Juiz de Fora (MG).
2. Consultores de saúde. 3. Controle social. 4. Participação
social. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de
Administração e Contabilidade. Programa de Pós-graduação em
Administração. II. Título.

CDD 22 ed. 352.14098151

FERNANDA GABRIELA GANDRA PIMENTA MAGALHÃES

**CONTROLE SOCIAL NO PROCESSO PARTICIPATIVO: UM ESTUDO NO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA (MG)**

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: 22 de fevereiro de 2017.


Rodrigo Gava


Elcemir Paço Cunha


Claudio Roberto Marques Gurgel


Wesley Silva Xavier
(Orientador)

A todos os brasileiros que dedicam suas
vidas à nobre função de conselheiro.

AGRADECIMENTOS

A trajetória do mestrado e a elaboração desta dissertação seria muito mais árdua sem o apoio de muitas pessoas, que de maneiras distintas estiveram comigo, me apoiando e contribuindo para que a realização deste sonho fosse possível.

Agradeço a Deus e pela interseção de Nossa Senhora Aparecida, por terem me guiado nesta etapa, dando-me forças e saúde para encarar mais este desafio e por cercar-me de pessoas que tornaram esta conquista possível.

Ao meu amor, melhor amigo e meu noivo Samuel, meu principal incentivador. Por compreender minhas ausências, pela motivação, ajuda e paciência. Pelos conselhos, apoio, amparo e principalmente pelo amor e carinho a mim dedicados nestes mais de sete anos. Por, mesmo distante, fazer-se presente em todos os momentos dessa longa caminhada, dividindo comigo as alegrias e adversidades dessa trajetória, preenchendo minha vida e tornando-a muito mais alegre.

Aos meus pais, José de Assis e Shirley, pela vida, pelo amor e pelo apoio durante toda a minha formação. Por serem pessoas tão importantes, além de terem ensinado os valores da vida, da honestidade, humildade, do amor e por não medirem esforços para que eu pudesse chegar até aqui, compartilhando comigo dessa conquista. Sou eternamente grata a vocês. À minha irmã Fabiana, com quem sei que posso contar.

À minha família, pelo amor, carinho, apoio e incentivo. Aos amigos e colegas que de alguma forma estiveram presentes e tornaram este caminho mais doce de ser percorrido. Em especial, à Isabelle, amiga de sempre que nunca deixa me faltar um ombro amigo!

A todos os colegas de mestrado, por termos compartilhado tantos momentos alegres (e também de desespero), alguns dos quais levarei para vida toda. À Karina, Mateus e Wesley, que de colegas de trabalho se transformaram em amigos pessoais. Obrigada por todos “*help*”, pelas boas risadas e também por serem os melhores companheiros de trabalho que eu poderia ter escolhido. À Tarrara, Thaís e Bruna, que de maneiras distintas se fizeram presentes nesta minha trajetória. Tarrara, meu completo oposto e que, talvez por isso, uma das responsáveis por meu equilíbrio neste mestrado. Thaís, “a gata mais gata desse mestrado”, responsável tantas vezes pelas minhas melhores risadas. Bruna, “minha irmã”, com quem sempre compartilhei os desesperos. Obrigada a todos vocês por compartilharem tantos momentos deste mestrado e por, muitas vezes, terem deixado meu dia muito mais alegre. São momentos que lembrarei sempre e amizades que quero conservar.

Ao meu orientador Wesley pela confiança em mim depositada. Por, mesmo na mais adversa das condições, na metade do caminho deste mestrado, ter assumido o compromisso de me orientar, o fazendo com total dedicação e competência. Pela total autonomia para trabalhar, pelos ensinamentos e por ser verdadeiramente meu orientador, dedicando tempo, paciência e compartilhando comigo seus conhecimentos.

À Universidade Federal de Viçosa e ao Departamento de Administração, por propiciar grandes oportunidades de crescimento, profissional e pessoal.

Aos professores e funcionários da Universidade Federal de Viçosa, pela paciência, ensinamentos, atenção e constante empenho.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora, por ter aberto as portas para realização desta pesquisa e aos funcionários do conselho, pela presteza com que fui atendida. A todos os conselheiros, por dedicarem seu tempo em prol de uma causa tão nobre. De forma muito especial agradeço a todos os conselheiros entrevistados, pelo tempo disponibilizado, pela confiança em prestarem seus depoimentos e pela generosidade em compartilhar comigo um pouco de suas bagagens.

À CAPES pela concessão da bolsa.

RESUMO

MAGALHÃES, Fernanda Gabriela Gandra Pimenta. M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2017. **Controle social no processo participativo: um estudo no conselho municipal de saúde de Juiz de Fora (MG)**. Orientador: Wescley Silva Xavier.

Diante a inserção da participação cívica na gestão pública e do pioneirismo do setor da saúde neste sentido, são criados os conselhos municipais de saúde, instâncias de participação cívica na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Tal legislação, ao institucionalizar a participação da comunidade na gestão do SUS e definir a criação dos conselhos de saúde, fixando assim os espaços para participação popular na agenda pública, especificamente na saúde, confere caráter diferenciado à gestão municipal, que se assume como controle social. Nesse contexto e mediante o papel e responsabilidades atribuídas aos conselhos, este trabalho tem a proposta de analisar o exercício do controle social exercido pelo conselho municipal de saúde na cidade de Juiz de Fora. Para tanto, realizou-se uma revisão de literatura a fim de fundamentar esta pesquisa e auxiliar no tratamento de dados levantados e analisados no decurso da mesma, compreendendo as seguintes temáticas: a discussão do contexto democrático e participação dos cidadãos na saúde; seguida da apreciação da temática do controle social, passando pelas suas bases teóricas e chegando à forma como este é entendido e empregado nessa pesquisa; adentrando por último no objeto de pesquisa, conselhos gestores de políticas públicas, buscando compreendê-los do ponto de vista do controle social e, por fim, captar as dimensões do controle social exercido no conselho municipal de saúde. Com relação aos procedimentos metodológicos, este estudo de abordagem qualitativa, empregou como técnicas de coleta de dados a realização de entrevistas semiestruturadas, pesquisa documental e observação não participante, sendo os dados analisados a partir da análise de conteúdo. As análises sugerem que o conselho municipal de saúde de Juiz de Fora não se constitui como espaço para exercício pleno do controle social, ao detectarmos alguns entraves, dentre os quais podemos citar os seguintes: existência de corporativismo e clientelismo, partidarização, pouco interesse da sociedade em participar, engajamento proforma, utilização da linguagem como forma de intimidação dos usuários, traços de coerção, tentativas de imposição de opiniões, tentativas de restrição de vozes dos conselheiros, problemas na capacitação, falta de definição quanto à proposição das pautas e desconhecimento pelos conselheiros da finalidade do controle social. Conclui-se que para fortalecer o exercício do controle social no conselho estudado, fazem-se necessários uma maior participação da sociedade civil neste espaço de controle social, a oferta de cursos de capacitação

e treinamentos constantes para os conselheiros, maior articulação entre a ação do conselho com outras formas de controle social (sobretudo os conselho locais e regionais), garantir maior autonomia ao conselho, uma sociedade civil mobilizada, uma estrutura de poder democrática, conselhos autônomos e consolidados, conselheiros qualificados técnica, institucional e politicamente e, por último, efetivar o controle social por meio da articulação entre os diversos instrumentos e formas de exercê-lo.

ABSTRACT

MAGALHÃES, Fernanda Gabriela Gandra Pimenta. M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2017. **Social control in the participatory process: a study in the municipal health council of Juiz de Fora (MG)**. Adviser: Wesley Silva Xavier.

In view of the inclusion of civic participation in public management and the pioneering of the health sector in this sense, the municipal health councils have been created, instances of civic participation in the management of the Unified Health System (SUS), based on Law 8,142 of December 28, 1990. This legislation, by institutionalizing the participation of the community in SUS management and defining the creation of health councils, thus establishing spaces for popular participation in the public agenda, specifically in health, confers a differentiated character to municipal management, which is assumed as social control. In this context and in view of the role and responsibilities attributed to the councils, this paper has the proposal to analyze the social control exercised by the municipal health council in the city of Juiz de Fora. For this purpose, was carried out the literature review, in order to base this research and assist in the treatment of data collected and analyzed, including the following topics: discussion of the democratic context and citizen participation in health; appreciation of the theme of social control, through its theoretical bases and reaching the way it is understood and used in this research; finally, we enter in the object of this research, public policy management councils, seeking to understand them from the point of view of social control and, finally, to capture the dimensions of social control exercised in the municipal health council. About the methodological procedures, this qualitative study used semi-structured interviews, documentary research and non-participant observation. For the analysis, content analysis was used. The analyzes suggest that the municipal health council of Juiz de Fora does not constitute a space for the full exercise of social control. We detect some obstacles, among which we can cite the following: existence of corporatism and clientelism, partisanship, little interest of society in participation, “proforma” engagement, use of language as a form of intimidation of users, traces of coercion, attempts to impose opinions, attempts to restrict the voices of counselors, problems in training, lack of definition regarding the proposal of the guidelines and lack of knowledge by the counselors of the purpose of social control. We concluded that, in order to reinforce the exercise of social control in the council studied, are necessary to improve the participation of civil society in this area of social control, the provision of training courses and constant training for councilors, to improve the articulation between the action of the councils with other forms of social control (especially local and regional councils), to improve

the autonomy for the council, to improve the mobilization of civil society, a democratic power structure, independent and consolidated councils, qualified technical, institutional and political advisers, effective social control through the articulation between the several instruments and ways of exercising it.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Principais dispositivos legais que regulam a participação social na gestão pública do SUS.....	11
Figura 2 - Configuração do conselho municipal de saúde.....	22
Figura 3 - Mapa das 13 Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais.....	32
Figura 4 - Macrorregião Sudeste e as respectivas microrregiões - PDR/ MG 2011.....	32
Figura 5 - Categorias representadas no conselho municipal de saúde de Juiz de Fora.....	43
Figura 6 - Modelo de análise.....	47
Figura 7 - Entrevistados filiados a partido político, por categoria que representam.....	49
Figura 8 - Representação dos entrevistados.....	55
Figura 9 - Conselheiros presentes nas reuniões por segmento.....	80
Figura 10 - Vocalização por segmento.....	83
Figura 11 - Funções do conselho.....	103
Figura 12 - Entrevistados que verificam tentativa de imposição de opinião dentro do conselho.....	119
Figura 13 - Tempo de conselho versus acesso a qualificações, treinamentos ou capacitação.....	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Codificação dos entrevistados	35
Quadro 2 - Caracterização dos entrevistados	35
Quadro 3 - Estruturação das atas	37
Quadro 4 - Reuniões	39
Quadro 5 - Objetivos e procedimentos de pesquisa	41
Quadro 6 - Composição do conselho.....	44
Quadro 7 - Papel e Função do conselho na visão dos entrevistados	101
Quadro 8 - Trechos que remetem às funções legais do conselho	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Média de presença nas reuniões	81
Tabela 2 - Distribuição da vocalização.....	86
Tabela 3 - Concentração da vocalização	86

SUMÁRIO

1	Introdução.....	1
2	O contexto democrático e a construção da participação	6
2.1	O pioneirismo da saúde na busca por participação popular e o SUS como espaço para o exercício democrático.....	8
3	Controle Social	12
3.1	Bases conceituais do controle social.....	12
3.2	Sobre que controle social estamos falando? Discutindo o controle social no contexto brasileiro	14
4	Conselhos Gestores de Políticas Públicas	19
4.1	Conselhos municipais de saúde: instrumentos de controle social	21
4.2	Controle social exercido no conselho municipal de saúde: elementos de análise	24
4.2.1	Aspectos de autonomia e heteronomia no exercício do controle social.....	24
4.2.2	O processo participativo e a dinâmica de funcionamento do conselho.....	27
4.2.3	Controle democrático	29
5	Procedimentos metodológicos.....	31
5.1	A escolha do locus	31
5.2	Métodos de coleta de dados	33
5.3.1	Entrevistas	34
5.3.2	Pesquisa documental	36
5.3.3	Observação não participante.....	39
5.3	Análise dos dados: análise de conteúdo.....	40
6	Caracterização do Conselho de Saúde de Juiz de Fora	43
7	Resultados e discussões.....	47
7.1	Aspectos de autonomia e heteronomia	48
7.1.1	Influências na atuação dos conselheiros.....	48
7.1.2	Relações do conselheiro com sua base de representação	54
7.1.3	Relação entre conselho e gestão pública municipal	59
7.2	Dinâmica deliberativa.....	63
7.2.1	Funcionamento do conselho e dinâmica das reuniões.....	64
7.2.2	Decisões	73
7.3	Processo participativo.....	79
7.3.1	Participação por segmento no âmbito do conselho	79
7.3.2	Processo de escuta	89
7.3.3	O exercício do papel do conselheiro	91
7.4	Controle Social	100

7.4.1 O conselho municipal de saúde e o controle social	100
7.4.2 Exercício do controle social	106
7.5 Práticas democráticas	116
7.5.1 Estrutura de poder democrática	116
7.5.2 Conselheiros qualificados técnica, institucional e politicamente	121
8 Considerações finais	125
Referências	128
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista	136
ANEXO A – Regimento interno do conselho	138

1 INTRODUÇÃO

A concepção de participação construída como ideário de emancipação das camadas populares, e a mobilização e organização da sociedade civil brasileira a partir do final da década de 1970 e sobretudo na década de 1980, dão sinais de uma sociedade civil com capacidade de organização e mobilização como não visto antes no cenário nacional (LAVALLE, 2011; CORTES, 2002; COTTA et al., 2010; ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Essa movimentação da população em torno de uma causa comum, com destaque, entre outros, ao Movimento da Reforma Sanitária que lutava por um sistema de saúde público de qualidade, participativo e descentralizado, toma força a partir do fim da década de 1980 e início da década de 1990, e tem papel fundamental na redemocratização do país e na reforma do Estado com a Constituição Federal de 1988 (MIRANDA; GUIMARÃES, 2013; CRISTO, 2012).

Conhecida como “Constituição cidadã”, sua promulgação abre espaço à participação cívica na gestão pública. A partir desse momento, a administração pública no Brasil passa por mudanças e avanços, dando lugar a um novo contexto que, respaldado em um conjunto de legislações, oferece à sociedade maior oportunidade de atuação em assuntos de interesse público, instaurando assim espaços para participação cívica na agenda pública.

O pioneirismo da saúde na militância por um sistema de melhor qualidade, equânime e participativo, sobretudo no Movimento da Reforma Sanitária, faz com que ela seja a precursora em criar artifícios legais para incorporação dessa participação na gestão pública. Entre essas iniciativas está a instituição dos conselhos gestores de políticas públicas nos níveis federal, estadual e municipal. A proposta com a criação desses espaços é que os cidadãos passem a incorporar o processo de tomadas de decisão na Administração Pública, de fiscalização e controle das ações, bem como de avaliação dos resultados alcançados pela ação governamental (CGU, 2012).

Assim, idealizados inicialmente pela mobilização de profissionais de saúde e de setores da sociedade civil, é com a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que são criados os conselhos municipais de saúde, instâncias de participação cívica na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (VAN STRALEN et al., 2006).

Tal legislação institucionalizou a participação da comunidade na gestão do SUS e definiu a criação dos conselhos de saúde, fixando assim os espaços para participação popular na agenda pública, especificamente na saúde. Criam-se então condições para se iniciar um novo

momento da relação entre Estado e sociedade no país, instituindo âmbitos de participação social na esfera pública, caminhando para uma dinâmica mais participativa e argumentativa.

Os conselhos gestores (criados também em outras áreas além da saúde) são vistos como estratégia institucional que tem como objetivo, além de propiciar a participação da sociedade no setor público, reforçar a dinâmica social, no sentido de sua organização em associações de interesse, facilitando a disseminação da cultura participativa, que tem como princípios básicos a justiça, equidade, solidariedade, confiança e tolerância (LABRA et al., 2005).

Avritzer (2010) define os conselhos gestores de políticas públicas como instituições híbridas que contam com participação de atores do executivo e da sociedade civil que debatem sobre questões relativas à sua área temática.

De acordo com a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, os conselhos de saúde funcionam como órgãos de instância colegiada, de caráter permanente e deliberativo, tendo por finalidade a formulação e o 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 sua amplitude, sendo compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990b). Assim, por possuir atribuições deliberativas, tem poder de discutir e decidir sobre os rumos das políticas de saúde executadas pelo governo local (MARTINS, 2010).

Além disso, a existência de conselho de saúde com composição paritária apresenta-se como requisito para que os municípios, os estados e o Distrito Federal recebam recursos para cobertura das ações e serviços de saúde. Assim, importa notar que a criação dos conselhos de saúde enquanto órgãos de controle social e gestão participativa, embora sejam frutos de mobilização popular, na maioria dos casos sua implantação resultou de uma política do Ministério da Saúde, a qual condicionou o repasse de recursos federais à criação do conselho municipal de saúde, processo esse que deu origem a inúmeros conselhos pelo país.

Com essa nova realidade trazida pela constituição e a partir da instituição do SUS, a saúde emerge como questão de cidadania a participação cívica, fazendo com que os conselhos de saúde se tornassem um importante instrumento para a participação da sociedade na tomada de decisão, bem como um mecanismo para garantir a democratização do poder decisório (COTTA et al., 2011).

De acordo com a pesquisa de informações básicas municipais, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2014), os conselhos municipais de saúde se fazem presentes na totalidade dos municípios mineiros e em mais de 99% dos municípios brasileiros,

mostrando que além de serem instituições formalizadas e incorporadas legalmente ao processo de gestão de saúde, são experiências bastante disseminadas em termos de instituições participativas no Brasil.

A presença de cidadãos nesses conselhos confere caráter diferenciado à gestão pública, que se assemelha à democracia direta e assume-se como controle social (GURGEL; JUSTEN, 2013). Esse controle social pode ser entendido como o processo pelo qual o povo participa, por meio de representantes, na definição, execução e acompanhamento de políticas públicas (DUARTE; MACHADO, 2012).

Especificamente na saúde, de acordo com Landerdhal et al. (2010), a proposta dos conselhos municipais nasce com o intuito de consolidar o controle social, uma vez que os conselhos constituem espaços de participação social na gestão pública e atuam no controle e execução das políticas de saúde. Por outro lado, o que se tem constatado é que, ainda que com tal intento, a participação e o controle social exercidos pelos e nos conselhos ainda são frágeis e têm muitos desafios a superar (DUARTE; MACHADO, 2012).

Justino Filho (2007) relata que a importância da pesquisa sobre o controle social no Brasil se sustenta no fato de que, se por um lado, desde a promulgação da Constituição Federal tem-se um importante avanço no sentido de contribuir para a transformação democrática da realidade social brasileira, por outro lado há entraves político-organizacionais que tendem a inviabilizar essa proposta. Assim, é importante que se analise criteriosamente como o controle social tem sido exercido no país, para que se possa identificar tanto as limitações e dificuldades, como também as suas reais potencialidades (JUSTINO FILHO, 2007).

De acordo com Cotta et al. (2011), a literatura sobre controle social em saúde no Brasil tem demonstrado alguns entraves à participação efetiva nos conselhos, levando à conclusão de que o funcionamento desses é desigual no território nacional. Isto é, o que se tem notado é que, nesse processo de disseminação dos conselhos, surgem desde espaços fundados apenas para cumprir com a legislação, a conselhos que efetivamente cumprem a função pela qual foram designados, tornando-se uma instância efetiva de controle social.

Diante essa observação, Cotta et al. (2011) ressaltam que são necessários estudos que se proponham a analisar a dinâmica de funcionamento dos conselhos municipais de saúde na elaboração de políticas públicas e no controle das ações exercidas. Importa salientar que partimos aqui da compreensão proposta por Cotta et al. (2011), de que o controle social é ao mesmo tempo um requisito e um instrumento indispensável para a construção do direito à saúde em uma sociedade democrática, sendo os conselhos de saúde uma inovação política, institucional e cultural para a consolidação do SUS.

Assumimos nesta pesquisa o controle social como uma releitura feita no contexto brasileiro e sua incorporação prescrita para a saúde, que admite o caráter de controle social compartilhado entre a administração pública e a sociedade, levando a compreender assim o controle social exercido no conselho gestor de políticas públicas em saúde como o processo no qual a sociedade, ocupando um espaço autônomo, participa da gestão pública, nos processos de formulação, acompanhamento e verificação das políticas públicas, preservando as práticas democráticas e deliberando sobre assuntos de interesse público, acompanhando as ações no sentido de orientá-las para o interesse público (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013; GOULART, 2011; MAGALHÃES; SOUZA, 2015; JUSTINO FILHO, 2007; LANDERDHAL et al., 2010; DUARTE; MACHADO, 2012; VAN STRALEN, 2006; GERSCHMAN, 2004; CRISTO, 2012; OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

Nesse contexto e mediante o que foi apresentado sobre a atual importância e responsabilidade atribuídas aos conselhos, esta pesquisa tem como objetivo central demonstrar como ocorre o exercício do controle social no processo participativo, no âmbito do conselho municipal de saúde na cidade de Juiz de Fora.

De forma específica, para atender ao objetivo principal proposto, pretendemos:

- a) Verificar, no conselho municipal de saúde, aspectos de autonomia e heteronomia no exercício do controle social;
- b) Analisar a dinâmica de funcionamento, participação e deliberações no âmbito do conselho;
- c) Verificar se, no conselho municipal de saúde, as práticas democráticas são preservadas no exercício do controle social.

O primeiro objetivo específico pretende identificar aspectos de autonomia e heteronomia no exercício do controle social, identificando para isso o ambiente no qual o conselho está inserido, verificando a existência e influência na atuação do conselho de poderes políticos locais e identificando o quanto ele é autônomo em suas deliberações e para exercer o controle social.

Quanto ao segundo objetivo, pretendemos analisar a dinâmica de funcionamento, a participação e as deliberações no âmbito do conselho, no sentido de identificar se essas caminham na direção do controle social.

Por último, pretendemos verificar o processo do controle social, averiguando como ele é exercido e como o conselho se consolida como espaço de controle social, mediante existência de práticas democráticas efetivas.

Apresentados o tema, a contextualização da pesquisa bem como os objetivos propostos, as seções 2 a 4 são dedicadas à fundamentação teórica deste estudo, objetivando a sustentação da questão da pesquisa e o auxílio no tratamento de dados levantados e analisados no decurso do mesmo. Para isso a esta fundamentação compreende a discussão do contexto democrático e participação dos cidadãos na saúde; seguida da apreciação da temática do controle social, passando pelas suas bases teóricas e chegando à forma como este é entendido e empregado nessa pesquisa; adentrando por último no objeto de pesquisa, conselhos gestores de políticas públicas, buscando compreendê-los do ponto de vista do controle social e, por fim, captar as dimensões do controle social exercido no conselho municipal de saúde.

De posse da teoria, o capítulo 5 expõe o percurso metodológico adotado no decorrer da pesquisa, bem como a justificativa para escolha dos casos. Em seguida é realizada uma breve caracterização do caso em estudo. No capítulo 7 são apresentados os resultados e as análises as quais esta pesquisa encaminhou. Por último, são feitas as considerações finais.

2 O CONTEXTO DEMOCRÁTICO E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO

A análise de experiências de participação popular e seus respectivos espaços (ditas instituições participativas ou espaços deliberativos) demanda que resgatem o contexto na qual emergem. Nesse sentido, ao se estudar as instituições participativas, torna-se importante retomar a abertura à participação no Brasil e a construção da cidadania a partir desses canais participativos. Além disso, apresentamos aqui também o protagonismo da área da saúde na construção da participação popular que culminou na criação do SUS, um sistema público e universal de saúde que tem entre suas diretrizes a participação popular.

Importa notar que nesta proposta de ampliação da cidadania, o controle social é realizado diretamente pelo cidadão, entendido aqui dentro de um conceito de cidadania ativa que carrega um potencial transformador (GOULART, 2011).

Especificamente no cenário brasileiro, com tradição marcadamente autocrática e patrimonialista, tendo vivenciado experiências democráticas anteriores apenas no período de 1945 a 1964, a promulgação da Constituição Federal de 1988 marca um processo de profundas mudanças e redemocratização do país, apresentando garantias para participação cidadã (MARTINS, 2015).

De acordo com Cortes (2002) a intensificação da mobilização e a organização da sociedade civil brasileira no final da década de 1970, em torno de movimentos sindicais, na criação de organizações sociais como associações ecológicas e grupos feministas, tendo como ponto comum a oposição ao governo militar, mostrou uma sociedade civil com capacidade de organização sem precedentes. Essa organização da sociedade em torno de movimentos sociais na década de 1970, em oposição aos governos autoritários e na demanda por maior atenção do Estado sobre as necessidades básicas e direitos sociais, teve um papel central nesse processo de democratização (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006; BRAVO; CORREIA, 2012).

Essa efervescência de movimentos sociais foi, por um lado fundamental no processo de redemocratização do país, e por outro, responsável por criar um contraponto entre o Estado ditatorial e a sociedade civil em busca de mudanças (BRAVO; CORREIA, 2012). De acordo com as autoras, esse contexto gerou o que chamam de pseudodicotomia entre Estado e sociedade civil, gerando uma suposta oposição entre Estado e sociedade civil, levando à busca por parte desta por meios de controle sobre aquele (BRAVO; CORREIA, 2012).

De acordo com Bravo e Correia (2012), essa busca por formas de controlar as ações do Estado leva a sociedade a lutar por maior espaço nas decisões públicas e pela abertura à

participação social, responsável também por desencadear a expressão controle social, que será apresentada no segundo tópico deste referencial.

Importa notar sobre a existência desses espaços participativos, que no Brasil até a década de 1970 existiam mecanismos deste tipo institucionalizados apenas na área previdenciária, sendo que a partir de 1974 a área a saúde também passa a tomar algumas iniciativas no sentido de estimular o envolvimento do cidadão (CORTES, 2002).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 é o marco legal do processo de abertura à participação, uma vez que institui o Estado Democrático de Direito e abre espaços à participação cívica. É a partir deste marco que os governos começaram a trabalhar iniciativas que promovam a participação e deliberação pública, possibilitando-se assim o surgimento de uma nova ordem na gestão pública, dotada agora de instrumentos de participação popular, caminhando para um processo mais participativo e mais aberto à argumentação pública.

Souza (2001) destaca que essa participação social, possibilitada pela promulgação da Constituição, pode ser entendida tanto como uma forma de agregar os indivíduos da sociedade civil, de forma que estes participem na administração pública, como também pode ser compreendida pelo empoderamento de classes menos favorecidas socialmente, levando-os a tomar consciência política, de forma que sejam assim capazes de reformar os sistemas político e social pela via da ação coletiva.

Num país historicamente marcado pela exclusão de alguns grupos, alternativas que propiciem a participação da sociedade civil na formulação da agenda pública e o acesso desses ao processo decisório, são iniciativas inovadoras e que têm a contribuir com a administração pública brasileira. Assim, podemos compreender esses espaços participativos como uma forma de aprofundamento da esfera pública e conseqüentemente da própria democracia, que incorpora aspectos da democracia deliberativa.

Em consonância com Miranda e Guimarães (2013) é possível afirmar que essa construção democrática contribui para a criação do espaço público, no qual interesses comuns e particulares são vivenciados e debatidos. Esses espaços públicos tomam a forma de instâncias deliberativas abertas à participação e controle social, dentre as quais está o conselho de políticas públicas que é apresentado do terceiro tópico deste referencial (MIRANDA; GUIMARÃES, 2013).

Considerando, conforme apontam diversos autores, dentre eles Martins et al. (2008) e Cotta et al. (2013), o setor de saúde como precursor em termos de incentivo à participação da comunidade, a seção seguinte destaca a importância do setor da saúde na construção da participação popular e do SUS como espaço para o exercício democrático. Para isso, retomamos

movimentos, acontecimentos e contextos que levaram à conquista da saúde como direito, a criação do SUS, a participação dos cidadãos na saúde e a importância das instâncias de participação no SUS.

2.1 O pioneirismo da saúde na busca por participação popular e o SUS como espaço para o exercício democrático

Grande parte do pioneirismo da saúde em termos de incentivo à participação popular é atribuído ao Movimento da Reforma Sanitária. Surgido entre as décadas de 1970 e 1980, esse movimento consistia em um projeto sociopolítico que vislumbrava o compartilhamento de poder entre Estado e sociedade (MIRANDA; GUIMARÃES, 2013; CRISTO, 2012).

Advindo da insatisfação da população em relação à saúde pública (que se caracterizava como privilégio de poucos), o Movimento da Reforma Sanitária reuniu grupos sociais, intelectuais e partidos políticos, em busca de saídas para a crise durante o período autoritário e por um sistema universal de saúde público, participativo, descentralizado e de qualidade (MIRANDA; GUIMARÃES, 2013; CRISTO, 2012). Consistiu então em um movimento essencial para que a saúde fosse reconhecida como direito de todos e dever do Estado pela Constituição de 1988 (COTTA et al., 2013).

Na década de 1980, dois programas do governo federal são considerados as bases para a reforma do sistema de saúde brasileiro, sobretudo no que tange à consolidação da participação cívica, os quais sejam: os Programas das Ações Integradas de Saúde (1984) e dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde (1987) (CORTES, 2002). O primeiro, com a proposta de melhorar a rede de serviços, criou comissões interinstitucionais nos diversos níveis da administração pública, comissões essas que em sua maioria foram gradativamente se transformando em canais de representação política dentro da organização estatal (CORTES, 2002). O segundo, com objetivo de universalização do acesso, racionalização de recursos e unificação dos serviços de saúde, abriu as comissões interinstitucionais à participação popular e reforçou o papel de representantes da sociedade civil nessas comissões (CORTES, 2002).

A promulgação da Constituição em 1988 marca a conquista do direito à saúde por parte da população brasileira (MIRANDA; GUIMARÃES, 2013). O seu texto incorporou o relatório produzido na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, uma das conquistas do Movimento da Reforma Sanitária (LIPORONI, 2006), levando a afirmar que a promulgação da constituição cidadã, a formação do SUS e o reconhecimento da saúde como direito, longe de serem eventos isolados, acontecem como consequência de uma série de fatores, momentos e movimentos.

A Constituição reconhece, em seu artigo 6º, a saúde entre os direitos sociais dos brasileiros da seguinte forma: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

Assim, a Carta Magna instituiu o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), que integra o sistema de Seguridade Social, responsável pelas ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BARROS, 1994). Ainda que com desafios eminentes, o SUS é considerado uma importante conquista, por ter transformado a saúde em um direito universal (e não mais um privilégio de poucos) e tornando-a pública e gratuita (e não mais contributiva) (LIPORONI, 2006).

Determinam-se ainda pela Constituição, em seu artigo 198, a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade como diretrizes do SUS. Sobre a terceira diretriz do SUS, a participação da comunidade e o controle social (que constituem o foco desta pesquisa), prescreve-se que em todos os níveis do governo a população pode e deve participar das decisões, fazer proposições, controlar a qualidade e o modo como são desenvolvidos e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos (BARROS, 1994).

Assim, de acordo com Liporoni (2006) a proposição da participação dos cidadãos e o controle social dentre os princípios que regem a organização do SUS, são a garantia para que a população participe por meio de suas entidades representativas no processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução. Nesse contexto, de forma a cumprir os princípios do SUS, foram criadas as instâncias de participação em todas as esferas do governo, regulamentadas por legislações específicas publicadas posteriormente. Assim, como forma de regulamentar o SUS e a participação da comunidade, foram estabelecidas leis, resoluções, normas e decretos, alguns dos quais são aqui discutidos brevemente.

Em 1990 são promulgadas as chamadas Leis Orgânicas da Saúde, a Lei nº 8.080 que define a forma e organização do SUS e a nº 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (COTTA et al., 2013). De acordo com Cotta et al. (2013), a Lei nº 8.080 de 1990, embora trouxesse em seu artigo 7º a participação da comunidade entre os princípios e diretrizes do SUS, foi aprovada pelo presidente com uma série de vetos aos artigos que versavam sobre o exercício da participação e o financiamento do setor de saúde, fato esse que levou à articulação de grupos do Movimento da Reforma Sanitária com o legislativo,

levando ao arranjo de uma nova lei (a Lei nº 8.142 de 1990) (COTTA et al., 2013; BAPTISTA, 2007).

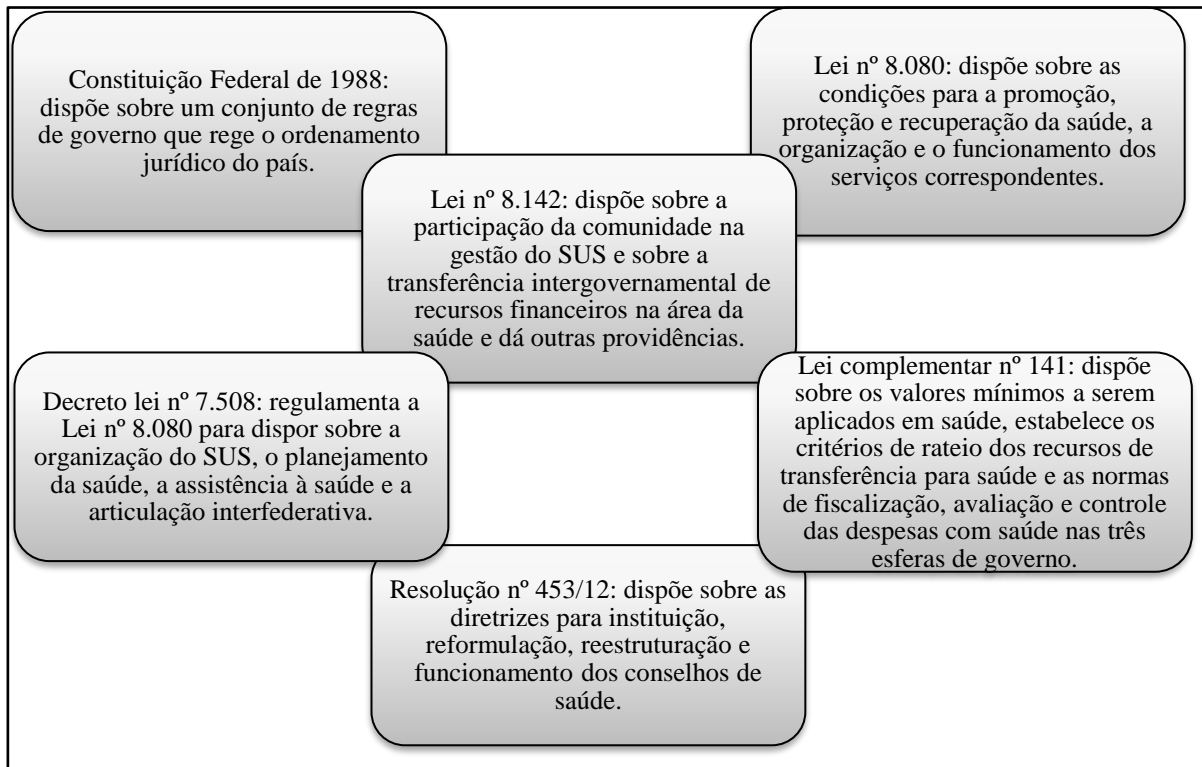
A Lei nº 8.142 de 1990, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, define como espaços para participação da comunidade no SUS duas instâncias: as conferências de saúde e os conselhos de saúde, em cada esfera do governo. De acordo com essa lei, o conselho municipal de saúde tem a função de promover a participação no processo de formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (MOREIRA; ESCOREL, 2009). A Conferência de Saúde por sua vez, tem a atribuição de reunir-se a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, a fim de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (BRASIL, 1990b).

Ainda sobre a ascensão do SUS como espaço para o exercício democrático, notamos que a IX Conferência Nacional de Saúde de 1992 representa um importante marco nesse sentido, por cunhar o termo “controle social”, definindo então o controle social sobre políticas e atividades desenvolvidas com a Seguridade Social (GUIZARDI et al., 2004; CRISTO, 2012).

Anos depois, a Resolução nº 333 de 04 de dezembro de 2003 estabelece diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Essa resolução foi revogada mais tarde pela resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, que reformulou e consolidou as diretrizes estabelecidas pela resolução anterior.

A Figura 1 apresenta uma síntese dos principais dispositivos legais que regulam a participação social na gestão pública do SUS:

Figura 1 - Principais dispositivos legais que regulam a participação social na gestão pública do SUS



Fonte: Adaptado de Siqueira, Cotta e Soares (2015).

Dessa forma, definidos os limites legais, conforme apontam Cotta et al. (2013), o setor de saúde assumiu papel de destaque em relação ao controle social no Brasil, dando lugar à participação da comunidade na defesa de seus direitos de cidadania. A participação popular e o controle social em saúde (preceitos da gestão do SUS) destacam-se como de grande relevância social e política, por garantirem que a população participe do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Assim, entre as principais formas de participação social estão os conselhos de saúde, órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do SUS em cada esfera de governo, que fazem parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do governo federal (BRASIL, 2013b).

Entendendo então, em consonância com Miranda e Guimarães (2013), que a participação assume caráter de controle social, no qual os cidadãos têm a possibilidade de definirem critérios e parâmetros para orientar a ação pública, apresentamos no tópico a seguir o controle social exercido pelos conselhos gestores de políticas públicas.

3 CONTROLE SOCIAL

Considerando o foco específico de investigação, analisar o controle social exercido no conselho municipal de saúde, este tópico apresenta a temática do controle social enquanto base teórica desta pesquisa. Apresentamos primeiramente as origens do termo, bem como suas bases teóricas e discussões conceituais. Em seguida, explicitamos a forma como o conceito será empregado nesta pesquisa, apresentando para isso o contexto do qual se fala, entendendo os conselhos gestores de políticas públicas como espaços para exercício do controle social.

3.1 Bases conceituais do controle social

A fim de definir o termo e de forma a possibilitar a compreensão do controle social no contexto dessa pesquisa, faz-se importante compreender as bases teórico-conceituais para análise do controle social, retomando as diferentes concepções do termo.

Segundo Alvarez (2004), por muitas vezes, conceitos elaborados dentro de uma determinada tradição teórica são apropriados ou reconfigurados por outras tradições, de tal forma que o significado original é modificado, fazendo crescer novas e inesperadas questões sob uma mesma denominação. Este fato se verifica na discussão sobre controle social (ALVAREZ, 2004).

Ao ser utilizado por diversos autores e em contextos heterogêneos, a noção de controle social caracteriza-se como um conceito polissêmico (ALVAREZ, 2004). De acordo com Goulart (2011) essa imprecisão conceitual em torno do conceito de controle social implica numa falta de clareza dos paradigmas científico-metodológicos referentes às diferentes concepções que podem ser atribuídas ao controle social, que pode ser compreendido pela via da ciência social ou da ciência política. É um conceito complexo e muitas vezes mal compreendido, mas fundamental para a democracia (FONSECA, 2016).

Sobre essas duas abordagens teóricas, cujas compreensões tornam-se necessárias à apreensão do termo, Magalhães e Souza (2015) revelam que enquanto na ciência social o controle social se relaciona à manutenção da ordem social, na ciência política ele pode assumir três distintas conotações: controle social do Estado ou da administração pública sobre a sociedade civil ou comunidade, o controle social compartilhado entre a administração pública e comunidade, ou o controle social da comunidade sobre a administração pública.

Visando compreender o controle social no âmbito da ciência social, Goulart (2011) realizou uma revisão de literatura que compreendeu trabalhos de cinco autores que realizaram um balanço bibliográfico sobre o tema. Através dessa revisão de literatura apresentada pelo

autor, resgatando historicamente as compreensões de controle social pelo viés sociológico, Goulart (2011) sinaliza que, reunindo os diversos aspectos encontrados nos estudos, podemos definir o controle social pela perspectiva da sociologia da seguinte forma: um processo no qual podem ser utilizados mecanismos materiais e simbólicos de coação e sanção, para submeter os indivíduos à conformidade de condutas, de acordo com as regras sociais e preceitos morais aceitos socialmente, a fim de manter a ordem social. Assim, o significado do controle social por essa linha de entendimento visa única e exclusivamente a estabilidade da ordem social vigente (GOULART, 2011; BATAGELLO et al., 2011).

Nesse sentido, apresenta-se o desafio de empregar o controle social com objetivo de mudar a realidade social (GOULART, 2011). Dentro dessa perspectiva crítica, destaca-se a dimensão política do controle social, uma vez que, de acordo com Goulart (2011) é “no ‘campo fértil’ da realidade intersubjetiva que as tensões e conflitos advindos dos processos democráticos têm a potencialidade de possibilitar mudanças e transformações sociais” (GOULART, 2011, p. 35). E é deste ponto que a discussão em torno do conceito de controle social se desloca para o âmbito da ciência política (GOULART, 2011).

Na ciência política, conforme mencionado anteriormente, o controle social admite ainda três interpretações que têm origem em diferentes concepções de Estado e sociedade civil (GOULART, 2011). Assim, conforme Correia (2006) o aprofundamento da compreensão do controle social pressupõe uma compreensão sobre a concepção de Estado e de sociedade civil, pois é neste eixo que se dá este entendimento. Discorreremos aqui brevemente sobre cada um desses enfoques teóricos.

A primeira forma de se entender o controle social pela via da ciência política é pela perspectiva do controle da administração pública em relação à comunidade. Com fundamento na corrente de pensadores clássicos do contratualismo moderno, essa perspectiva de controle social se vincula à noção de dominação do povo pelo Estado, buscando conciliar coerção e legitimidade (GOULART, 2011; MAGALHÃES; SOUZA, 2015).

De acordo com Goulart (2011), a perspectiva do controle da comunidade em relação à administração pública por sua vez, se funda na teoria de Gramsci que entende a sociedade civil como um lugar onde se processa a articulação institucional das ideologias e dos projetos classistas. Esse controle é exercido pela luta caracterizada na disputa da hegemonia em que um grupo poderá impor o seu projeto político vencedor e por esta hegemonia, o mesmo grupo poderá direcionar o aparato coercitivo (Estado restrito) para implantar o novo projeto hegemônico (GOULART, 2011). Em síntese, de acordo com Goulart (2011), pela concepção gramsciana, o Estado é um instrumento de controle utilizado por grupos hegemônicos para

exercer a coerção sobre grupos subalternos sociais e a sociedade civil é um instrumento de pressão e controle das lideranças hegemônicas sobre o Estado. Não existe uma distinção entre Estado e sociedade civil, mas uma unidade orgânica; sendo a sociedade civil um espaço não homogêneo, mas para lutas de interesses contraditórios (CORREIA, 2006).

Por último, a terceira perspectiva entende o controle social como o controle compartilhado entre administração pública e comunidade, defendendo que há uma gestão compartilhada, na qual os indivíduos enquanto membros da sociedade civil organizados em grupos, têm a oportunidade de agir no espaço público e são incitados a participar dos processos de criação e implementação de políticas públicas (MAGALHÃES; SOUZA, 2015; GOULART, 2011).

Embora haja disputas teóricas dentro desta terceira concepção, entendemos o controle social compartilhado entre sociedade civil e Estado como a participação da sociedade civil organizada no processo de deliberação compartilhada com a gestão pública no que se refere à implementação de políticas públicas (GOULART, 2011).

3.2 Sobre que controle social estamos falando? Discutindo o controle social no contexto brasileiro

Da polissemia em torno do conceito e das bases teórico-conceituais expostas, discutimos aqui a perspectiva pela qual se entende o controle social nesta pesquisa, considerando o campo de ação do conselho municipal de saúde. Importa destacar que o controle social se apresenta como uma releitura deste conceito, promovida no contexto brasileiro (SILVA, 2008 apud BATAGELLO et al., 2011) e que, embora tenha sua base conceitual nas teorias apresentadas no tópico anterior, segue suas próprias concepções.

Se tratando de uma releitura, entendemos o controle social do qual trata essa pesquisa (isto é, aquele exercido pelos conselhos de políticas públicas) como um novo conceito que tem seus alicerces numa base conceitual anterior. Deste modo, se aproxima do viés da ciência política, e mais especificamente pode ser entendido pela perspectiva do controle social compartilhado entre administração pública e sociedade, processo esse marcado pela presença da sociedade civil no processo de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, provocando uma ampliação e aprofundamento da democracia (GOULART, 2011). De forma específica, por tratar-se do controle social exercido no processo participativo, aproxima-se da dimensão da participação política proposta por Goulart (2011).

De acordo com Goulart (2011), conforme supracitado, existem duas correntes de pensamento que disputam entre si o conceito do controle social compartilhado. A primeira é a

proposta de Habermas que, aplicando essa teoria ao campo da ciência política, desenvolve a concepção de democracia deliberativa, que propõe uma conciliação entre a concepção liberal e a republicana de democracia, de forma que o Estado tenha o papel de garantir e fortalecer a prática do debate público e sociedade civil seja o lugar no qual esse debate seja institucionalizado (GOULART, 2011).

A teoria pluralista de Dahl por sua vez, se baseia na participação dos cidadãos e na competição entre líderes, propondo assim que a democracia representa um tipo ideal (não real), na qual o poder e o controle são compartilhados entre governo e comunidade, sendo que a última tem a função de exercer uma espécie de contrapeso (GOULART, 2011).

Notamos que tais propostas, ainda que disputem o mesmo conceito, convergem sobre a participação da sociedade no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas, acreditando que esse processo leva à ampliação e aprofundamento da democracia (MAGALHÃES; SOUZA, 2015; GOULART, 2011). Assim, o conceito de controle social e mais especificamente a existência de mecanismos consultivos e deliberativos como os conselhos municipais de saúde, pretendem monitorar as ações do governo, intervir na formulação e implementação de políticas públicas e canalizar os diversos pontos de vista e interesses dos grupos politicamente organizados sobre temas específicos, com o objetivo de ouvi-los em relação à implementação de políticas (FONSECA, 2016).

De forma ampla, no controle social compartilhado, o indivíduo, enquanto membro da sociedade civil organizada tem o direito de participar e agir no espaço público de forma multidimensional (MAGALHÃES; SOUZA, 2015), podendo ser entendido nos termos de Goulart (2011) como:

Um processo permanente de deliberação pública compartilhada entre os representantes do poder público local e da sociedade civil organizada, em espaços públicos institucionalizados, sobre a alocação e aplicação das verbas públicas do orçamento regionalizado e do acompanhamento de sua execução pela gestão pública, a partir da transparência das informações, com a finalidade do interesse público (GOULART, 2011, p.90).

Segundo alguns autores, essa releitura do conceito de controle social no contexto brasileiro, a partir da Constituição Federal de 1988, foi influenciada pela perspectiva gramsciana de análise do Estado e da sociedade civil, levando à compreensão desta última como sujeito responsável pelo controle exercido sobre o primeiro, de forma que não há oposição entre Estado e sociedade, mas sim uma relação orgânica (BATAGELLO et al., 2011; CRISTO, 2012; CORREIA, 2012). Nessa releitura, observamos uma ressignificação do termo, que passa a ser compreendido como a participação da sociedade na formulação, acompanhamento e verificação

das políticas públicas, correspondendo assim a uma nova compreensão da relação Estado-sociedade, na qual cabe à sociedade o estabelecimento de práticas de vigilância e controle sobre o Estado, utilizando para isso mecanismos como os conselhos de saúde (STOTZ, 2006; CARVALHO, 1995 apud CRISTO, 2012; CORREIA, 2000 apud OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

Além de mudar a relação Estado-sociedade até então vigente, publicizando e democratizando o acesso do cidadão à gestão pública e criticando a relação do Estado com os interesses dominantes, o controle social é considerado uma instituição em movimento, que promove a presença dos movimentos sociais na agenda governamental (BRASIL, 2006b).

Batagello et al. (2011) identificam que essa nova roupagem dada ao conceito, cujo histórico é conservador, passa a incorporar a possibilidade de a sociedade civil participar dos processos decisórios da gestão pública por meio da expressão controle social. Assim, segundo Batagello et al. (2011), nos pensamentos filosófico e sociológico modernos, o controle social é intimamente ligado à democracia participativa, de forma que ora é entendido como uma consequência para esta e ora é entendido como uma condição para que ela aconteça.

Refere-se então à capacidade da sociedade de se organizar e agir, interagindo com o Estado e intervindo na fiscalização, acompanhamento e avaliação das condições de gestão, bem como na execução das ações e na aplicação dos recursos financeiros destinados à implementação de políticas públicas (PAZ, 2002 apud CRISTO, 2012).

O controle social foi incorporado então como direito dos cidadãos pela Constituição Federal de 1988 por meio do princípio de participação popular, sendo concebido na política de saúde brasileira como a própria participação da comunidade na definição desta política (SILVA et al., 2012; CORREIA, 2012). Correia (2006) corrobora essa definição, ao afirmar que a participação social foi concebida no Brasil na perspectiva de controle social exercido por setores da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido de atender aos interesses da população, e não mais de grupos. Pela definição da Controladoria Geral da União (CGU), no contexto brasileiro o controle social é entendido como a própria participação cidadã na gestão pública, a qual se caracteriza como um mecanismo de controle das ações do Estado e de fortalecimento da cidadania (CGU, 2012). Ou, de forma mais específica, como a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da Administração Pública (CGU, 2012).

Batagello et al. (2011) definem então o controle social como a “capacidade da sociedade civil de promover um enfrentamento moral que permite uma ponderação entre as decisões

tecnicamente orientadas, as justamente balizadas e as socialmente desejadas” (BATAGELLO et al., 2011, p. 627).

Distintos autores, dentre eles Correia (2005) e Gerschman (2004), afirmam que o controle social, quando construído com a participação direta da sociedade civil sobre os processos de gestão dos recursos públicos, reflete a apropriação pela sociedade organizada dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde. Segundo Cunha (2003), o controle social conquistado pela sociedade civil deve ser entendido como instrumento e expressão da democracia. Além disso, é uma forma que a sociedade civil tem em mãos para garantir a participação nas decisões referentes às políticas de saúde, como forma de fiscalizar, monitorar e avaliar (SOUZA et al., 2012).

Pode ser definido então como a existência sobretudo de mecanismos institucionalizados que permitem à sociedade politicamente organizada - e até mesmo o indivíduo como tal - intervir no processo decisório do Estado, tanto no planejamento e na gestão, como nas "ações finalistas" isto é, a ordem pública, em seus vários estágios (FONSECA, 2016).

Tal controle diz respeito não apenas à consulta, feedback ou simplesmente o fato de ouvir as demandas que vêm da sociedade; mais do que isso, aproxima-se de um processo de cogestão entre sociedade e Estado, no qual o planejamento e a execução de programas ou políticas são definidos em participação (RICCI, 2009). Assim, deve apontar a presença e envolvimento da sociedade civil na elaboração, acompanhamento e monitoramento das ações públicas, intervindo qualitativamente no direcionamento do poder do Estado e colocando as ações deste na direção dos interesses da comunidade (RICCI, 2009; DUARTE; MACHADO, 2012; LANDERDHAL et al., 2010).

No campo da saúde, o controle social deve ser compreendido como resultado da participação popular na gestão pública, resultando na apropriação pela sociedade de meios e instrumentos para planejar, fiscalizar e analisar as ações e serviços (COTTA et al., 2011).

No contexto da saúde, o Ministério da Saúde entende que a ampliação e democratização da participação social dá a ela um novo caráter, passando a ser qualificada como “controle social”, isto é, o controle da sociedade sobre a política de saúde (BRASIL, 2013b). Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, com a abertura ao controle social, a sociedade começa a participar efetivamente da gestão do sistema de saúde:

A população, por meio dos Conselhos de Saúde, passou a exercer o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde (BRASIL, 2013b, p. 38).

Dessa forma, o controle social que, em outra perspectiva, significava o poder estatal regulando as ações da sociedade, no contexto brasileiro significa a sociedade intervindo qualitativamente no direcionamento do poder do Estado para o bem comum (DUARTE; MACHADO, 2012).

O debate sobre esse conceito tem tomado cada vez mais relevância, uma vez vem se tornando concreto através da atuação de algumas instâncias, sendo uma delas os conselhos de políticas públicas, que são apresentados no tópico seguinte (CGU, 2012).

4 CONSELHOS GESTORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O contexto democrático e de abertura à participação, exige além de novas relações, democráticas e dialógicas, entre sociedade e Estado, a construção de estruturas institucionais capazes de sustentá-la e o fortalecimento de espaços públicos não estatais (OLIVEIRA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2010). De acordo com Avritzer (2000) os conselhos gestores são apontados como atores-chave da democracia deliberativa no Brasil e desse processo em nível municipal.

Embora a experiência de conselhos tenha sido utilizada no Brasil pela primeira vez no Estado Novo e posteriormente no governo militar na década de 1960, com a redemocratização do país na década de 1980 forma-se uma nova concepção do papel desses órgãos e o movimento de criação dessa instância ganha força (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006; BORBA, 2004). Assim, é possível afirmar que os conselhos gestores de políticas públicas como se conhece hoje foram concebidos a partir do fim da década de 1980 e início da década de 1990.

A criação desses conselhos tem como pano de fundo a mobilização social pela luta na busca de maior equidade e pela não marginalização (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006). Além disso, de acordo com Abers e Keck (2008) a proposta de conselhos gestores surgiu com o movimento de saúde, que propôs um programa concreto para novas instituições democráticas e a descentralização do sistema de saúde.

Com base nas reivindicações por participação da sociedade nos processos de gestão pública e na definição constitucional relativa às mesmas, foram criados a partir de 1988 inúmeros conselhos gestores de políticas públicas, nos níveis municipal, estadual e federal (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006).

Nascem como novos espaços de exercício da cidadania por meio do poder político, permitindo que a sociedade civil atue junto ao Estado nas decisões públicas, mediante um contexto democrático (SOUZA et al., 2012). Os conselhos brasileiros apresentam um formato peculiar, que aglutina representação de associações e de órgãos estatais, configuração essa originada de movimentos populares por um lado e burocratas reformistas por outro, que antecederam a criação dos mesmos (ABERS; KECK, 2008).

Representam meios públicos de deliberação criados para promover a participação social, abarcando funções de tomadas de decisões sobre políticas públicas e regulação das ações do governo, cujo potencial reside na contribuição para democratização da gestão pública, ampliação da participação cívica, condução de políticas sociais, accountability e estreitamento das relações entre população e poder local (OLIVEIRA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2010).

Constitui-se em arena para debate e tomada de decisão, fonte para a legitimação das decisões públicas e potenciais instrumentos de cobrança e de transparência nas decisões e ações do poder público (ABERS; KECK, 2008; KLEBA; COMERLATTO, 2011; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006). Segundo Fuks et al. (2004), esses espaços constituem uma das principais experiências de democracia participativa no Brasil e estão presentes na maioria dos municípios brasileiros, abrangendo uma variedade de temas como saúde, educação e direitos dos idosos, representando uma conquista do ponto de vista da construção de uma instituição democrática.

Atuam em parceria com o Poder Executivo na formulação de estratégias e no controle da execução da política pública, além da fiscalização das contas públicas e deliberação sobre o relatório de gestão do governo (MARTINS; CKAGNAZAROFF; LAGE, 2012). Constituem-se em espaços não só de expressão de opiniões, mas também de ação, como forma de identificar demandas e interesses públicos, agindo para que esses entrem efetivamente na agenda pública (MARTINS; CKAGNAZAROFF; LAGE, 2012).

De acordo com a Controladoria Geral da União, os conselhos são instâncias de exercício da cidadania que abrem espaço para participação popular na gestão pública e têm, fundamentalmente as seguintes funções: i) Função fiscalizadora: refere-se ao acompanhamento e o controle dos atos praticados pelos governantes; ii) Função mobilizadora: diz respeito ao estímulo à participação popular na gestão pública e às contribuições para a formulação e disseminação de estratégias de informação para a sociedade sobre as políticas públicas; iii) Função deliberativa: prerrogativa dos conselhos de decidir sobre as estratégias utilizadas nas políticas públicas de sua competência; iv) Função consultiva: relaciona-se à emissão de opiniões e sugestões sobre assuntos que lhes são correlatos (CGU, 2012).

Cabe notar que legalmente os conselhos de saúde possuem caráter deliberativo, isto é, suas decisões têm poder de interferir diretamente nas decisões governamentais (SIQUEIRA; COTTA; SOARES, 2015; BRASIL, 1990b). Todavia, este caráter deliberativo é limitado pela necessidade de homologação governamental em relação a determinadas categorias de deliberação (SIQUEIRA; COTTA; SOARES, 2015;).

Sua capacidade de intensificar e institucionalizar o diálogo entre governo e sociedade como condição para uma alocação eficiente dos recursos públicos é o que o diferencia dos demais espaços democráticos (TATAGIBA, 2005). Dessa forma, Abers e Keck (2008) ainda definem que:

Ao constituir seus representados como cidadãos desejosos de participar em questões públicas, os participantes em novas arenas deliberativas, como os conselhos gestores, podem transformar suas próprias práticas e contribuir para uma pólis mais democrática (ABERS; KECK, 2008, p. 110).

Nesse sentido, além de representarem meios públicos de deliberação criados para promover a participação social, os conselhos gestores representam um meio de democratização das políticas sociais a partir do diálogo com o poder local (OLIVEIRA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2010).

De acordo com Goulart (2011) os conselhos gestores de políticas públicas representam, no Brasil, um importante instrumento para exercício do controle social, criados para participação e inclusão da sociedade civil. Conforme dito anteriormente, o campo que mais tem se destacado historicamente no incentivo à participação popular e criação de conselhos gestores é o setor de saúde, sobretudo no que concerne à criação de leis que regulam e estimulam a criação de conselhos gestores de políticas públicas em saúde no nível municipal. A seção seguinte aborda os conselhos municipais de saúde, destacando sobretudo a proposta de controle social incorporada pelos mesmos.

4.1 Conselhos municipais de saúde: instrumentos de controle social

A partir das limitações apresentadas pela democracia representativa (HIRST, 1992 apud GURGEL; JUSTEN, 2013), faz-se emergir as propostas de participação popular e controle social, referindo-se à concepção da sociedade como “controladora” das ações do Estado (GURGEL; JUSTEN, 2013). Especificamente sobre o setor de saúde, Teixeira, Dowell e Bugarin (2002) defendem que o processo de descentralização de ações e de serviços de saúde possibilitou a ampliação da participação da população e, com isso, da transparência na tomada de decisões.

É assim que, dentre as inovações que a reforma sanitária brasileira trouxe ao país, se destaca a proposta do controle social das ações de saúde. Este projeto se concretizou no Brasil principalmente com a institucionalização dos mecanismos de participação social, sendo estes as conferências e os conselhos de saúde através das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Dessa forma, o controle social é considerado uma conquista, sendo a principal estratégia de garantia da descentralização e municipalização da saúde (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009).

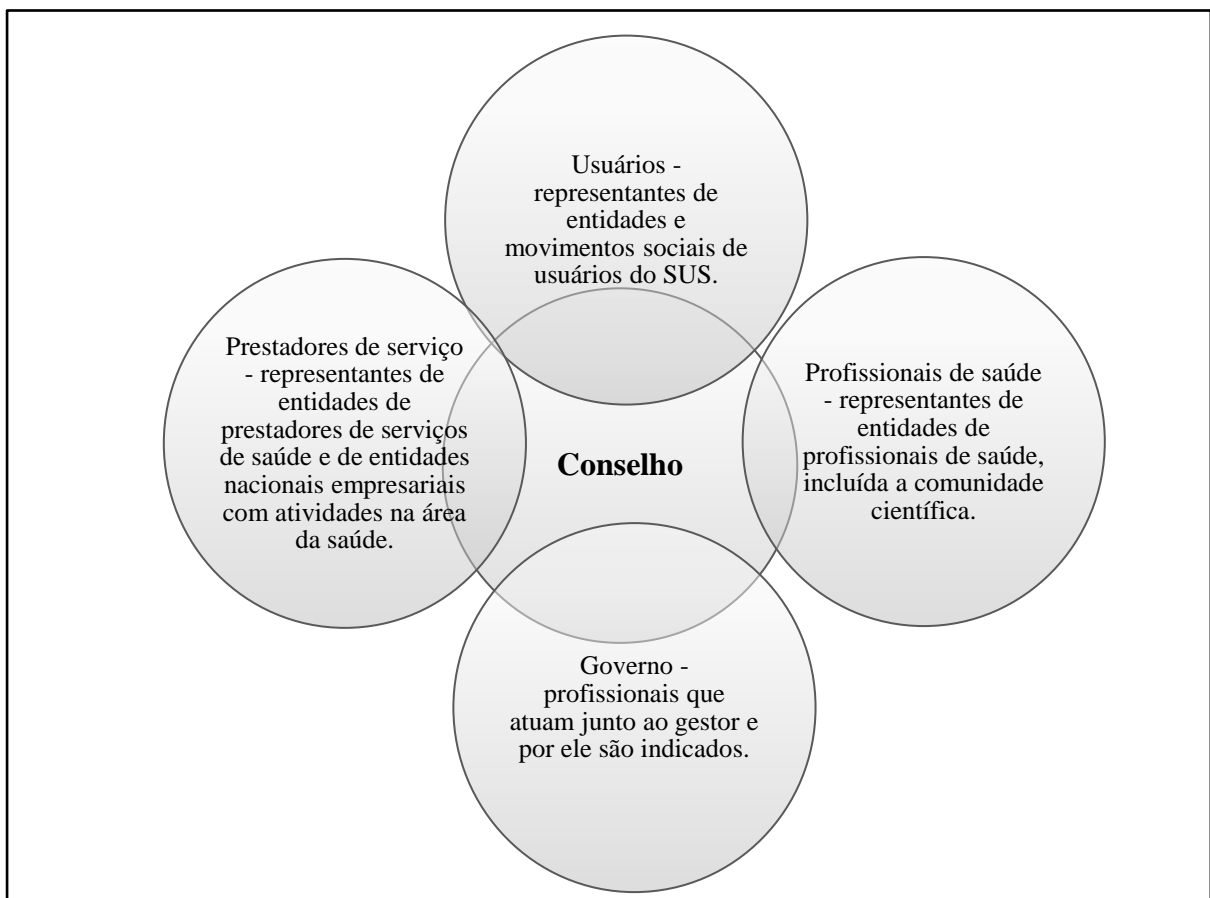
A institucionalização e a disseminação dos conselhos de saúde marcam, de acordo com Moreira e Escorel (2009), uma ascensão da participação social no contexto nacional, de forma a considerar a diversidade de interesses na sociedade, reconhecendo ainda o próprio Estado como uma arena de articulação destes interesses.

Os conselhos de saúde são uma importante conquista do povo e consistem no principal espaço de concretização do controle social na definição do sistema e dos serviços de saúde, proposta esta emergida de movimentos sociais e incorporada na gestão pública (COTTA;

CAZAL; MARTINS, 2010, MIRANDA; GUIMARÃES, 2013). Constituem-se assim em direitos que a população possui para exercer o controle social sobre as ações do Estado (MIRANDA; GUIMARÃES, 2013).

Têm como prerrogativa a participação no processo de formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, devendo promover reuniões e debates em caráter deliberativo, propiciando a participação de usuários do SUS, trabalhadores da saúde, prestadores de serviço e gestores, indicando assim a ascensão da participação social, levando em conta a diversidade de interesses e reconhecendo o Estado como arena de articulação e embate político entre os diferentes interesses que disputam espaço e poder (MOREIRA; ESCOREL, 2009). A Lei nº 8.142 de 1990 define que a representação dos usuários nos conselhos de saúde deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, isto é, representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais da saúde (BRASIL, 1990b). A Figura 2 abaixo representa a configuração do conselho e as representações contempladas no mesmo:

Figura 2 - Configuração do conselho municipal de saúde



Fonte: Brasil (2013b).

A abordagem deliberativa adotada pelos conselhos de saúde destaca a importância de arenas de interação e debate, de forma que essa relação afete não só as compreensões dos atores, como também transforme a capacidade desses em influenciar a vida social (ABERS; KECK, 2008).

Os conselhos de saúde são importantes instrumentos para o fortalecimento e efetivação do controle social, uma vez que permitem que a população se aproxime de questões-chave na gestão do SUS (MIRANDA; GUIMARÃES, 2013). Assim, a criação desses conselhos possibilitou a organização de espaços públicos onde o controle social pode se efetivar com o acompanhamento, monitoramento da ação estatal por parte da sociedade, garantindo seu caráter público e visualizando a prestação de contas (MIRANDA; GUIMARÃES, 2013).

Importante observar que, se por um lado, os conselhos gestores são conquistas sociais, frutos de mobilização da sociedade e direitos estabelecidos em lei, por outro, a formalidade da legislação não garante a cidadania, isto é, apenas a existência da lei, não garante, por si só, o pleno controle social (MIRANDA; GUIMARÃES, 2013). Em outras palavras, apenas o funcionamento regular do conselho não garante que exista efetivo controle social (LANDERDHAL et al., 2010). Assim, reafirmamos a importância de se estudar o efetivo controle social exercido pelos conselhos, uma vez que apenas a existência desse espaço não implica necessariamente no exercício concreto do controle social.

A disparidade existente entre os conselhos fundados demonstra que, além da diversidade dos municípios quanto à população, oferta de serviços de saúde e capacidade de investimento na saúde, há outros fatores capazes de distinguir os conselhos entre si, tais como: a força dos movimentos sociais na localidade; a articulação dos reformadores do sistema de saúde com os ativistas dos movimentos sociais; a posição das autoridades municipais, estaduais e federais sobre a participação de usuários; a dinâmica dos conselhos de saúde dada pelas posturas das coordenações dos conselhos e dos gestores (VAN STRALEN et al., 2006; CORTES, 2002).

De acordo com Justino Filho (2007), para que se tenha um conselho cumprindo o seu papel (controle social), é necessário que haja uma sociedade civil mobilizada, uma estrutura de poder democrática em todos os níveis, conselhos autônomos e consolidados e conselheiros qualificados técnica, institucional e politicamente. Nesse sentido, é fundamental que o exercício do controle social seja estudado e analisado, de forma que se identifique as possíveis disjunções existentes, bem como as potencialidades (JUSTINO FILHO, 2007).

Para analisar esse controle social, considerando a complexidade de sua compreensão, a seção seguinte propõe captar, a partir da literatura e tendo em vista o objetivo deste trabalho,

alguns elementos para análise controle social exercido no conselho municipal de saúde dos quais esta pesquisa compreende.

4.2 Controle social exercido no conselho municipal de saúde: elementos de análise

Do contexto democrático, das concepções teóricas acerca do controle social e dos conselhos gestores de políticas públicas postas, apresentamos aqui os elementos para compreensão e análise do controle social exercido no processo participativo, no contexto do conselho municipal de saúde. Esses elementos representam o enfoque que esta pesquisa dá ao controle social a partir da perspectiva aqui adotada, com base na revisão de literatura feita.

Conforme supramencionado, tendo em vista a polissemia acerca do conceito, devemos deixar claro o viés assumido nesta pesquisa, a partir das bases teóricas e empíricas aqui apresentadas. Assim, entendemos nesta pesquisa o controle social como uma releitura feita no contexto brasileiro e sua incorporação pela área da saúde, assumindo o caráter de controle social compartilhado entre a administração pública e a sociedade, levando a compreender assim o controle social exercido no conselho gestor de políticas públicas em saúde como o processo no qual a sociedade, ocupando um espaço autônomo, participa da gestão pública, nos processos de formulação, acompanhamento e verificação das políticas públicas, preservando as práticas democráticas e deliberando sobre assuntos de interesse público (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013; GOULART, 2011; MAGALHÃES; SOUZA, 2015; JUSTINO FILHO, 2007; LANDERDHAL et al., 2010; DUARTE; MACHADO, 2012; VAN STRALEN, 2006; GERSCHMAN, 2004; CRISTO, 2012, OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

4.2.1 Aspectos de autonomia e heteronomia no exercício do controle social

A compreensão do exercício do controle social no âmbito dos conselhos gestores de políticas públicas, passa pela identificação dos aspectos de autonomia e heteronomia. Envolve a análise do ambiente político-institucional que circunda o conselho e a atuação de poderes e grupos, bem como sua influência na atuação do conselho.

A palavra autonomia, de origem grega (auto - eu, próprio; nomos - lei, regra, domínio, governo), significa governo próprio, autodeterminação, autogestão e envolve a conotação de liberdade, de escolha individual, livre de coação (FREITAS, 2010). Assim, “o princípio da autonomia incorpora a capacidade que o indivíduo possui de deliberar e decidir sobre o que lhe diz respeito, sobre a conveniência e oportunidade dos atos que atentem aos seus interesses e assumir as consequências dessa decisão” (FREITAS, 2010, p. 12).

A palavra heteronomia, por sua vez, cuja origem grega significa hetero, outro, diferente; e nomos lei, regra, pode ser definida como conduta ou norma que não provém da razão ou da lei moral (FREITAS, 2010). Assim, a heteronomia contrapõe-se ao conceito de autonomia, uma vez que pode ser considerada uma imposição de forma coercitiva, independente da vontade do indivíduo e exterior a ele (FREITAS, 2010). Freitas (2010), interpretando as palavras de Kant, alega que significa, dessa forma, a sujeição do indivíduo à vontade de terceiros, ou à vontade de uma coletividade.

Apresentadas as conceituações, importa notar que a autonomia, compreendida como a apropriação indistinta do poder decisório pelos diferentes atores nas políticas públicas (TENÓRIO et al., 2008), é considerada um aspecto importante a ser compreendido no exercício do controle social desempenhado pelos conselhos gestores de políticas públicas.

A Resolução nº 333 de 2003 do Conselho Nacional de Saúde, e posteriormente a Resolução nº 453 de 2012 determinam que seja garantida a autonomia dos conselhos, através de dotação orçamentária, da existência de Secretaria Executiva e estrutura administrativa.

Diversos autores incorporam estes como aspectos importantes na análise sobre o controle social, dentre os quais se destaca o estudo de Santos (2012), que considera a autonomia e a heteronomia como elementos de análise em sua pesquisa, cujo objeto constitui o exercício do controle social por meio do conselho municipal de saúde de São Paulo, onde constata que uma das grandes tensões está relacionada à questão da autonomia, que interfere no pleno exercício do controle social.

Cunha (2003) aponta que, dentre outros aspectos, se implantados com respeito à sua autonomia, os conselhos podem se tornar o mais forte espaço de controle social, pois é a forma mais direta deste. Nesse sentido, importa notar que para serem efetivos, atingir aos objetivos a que se propõem, e principalmente, se consolidarem enquanto espaço de controle social democrático, é necessário que haja autonomia decisória por parte dos conselheiros (DIEGUES, 2013). Rolim, Cruz e Sampaio (2013) corroboram essa afirmação, apontando a importância do fortalecimento da autonomia no exercício do controle social.

Assim, o conselho só pode ser considerado legítimo e representativo se atuar com autonomia (MARTINS; SANTOS, 2012). Assis e Villa (2003) sinalizam que a autonomia administrativa, financeira e técnica do conselho, é uma questão fundamental no sentido de dar legitimidade ao controle social.

Justino Filho (2007) assinala que a autonomia dos conselheiros tende a ser prejudicada, por exemplo, quando não há infraestrutura ou recursos próprios, quando o funcionamento do conselho depende do gestor ou quando há condutas autoritárias por parte do mesmo. Além

disso, a dependência do conselho em relação ao poder executivo pode ferir sua autonomia (GURGEL; JUSTEN, 2013).

Bispo Júnior e Sampaio (2008) chamam de afronta ao exercício do controle social os problemas de independência e autonomia encontrados nos conselhos municipais de saúde, identificando que tal situação tende a enfraquecer as iniciativas de participação popular. Cunill Grau (2000) aponta que a eficácia do controle é diretamente ligada à independência e autonomia que os atores do controle social mantêm em relação ao Estado.

A compreensão dos aspectos de autonomia no exercício do controle social no âmbito do conselho, compreende as influências na atuação dos conselheiros, como o posicionamento partidário, corporativismo e clientelismo. Este é um aspecto relevante a ser investigado, uma vez que o envolvimento político-partidário e corporativismo podem interferir na atuação dos conselheiros e, por conseguinte, na autonomia decisória do conselho (DUARTE; MACHADO, 2012). Liporoni (2006) constatou que entre os principais limites que dificultam a efetividade do controle social pode-se citar a questão político-partidária dos membros do conselho e a manipulação por parte da administração municipal. Ou ainda, conforme Santos (2012), a análise deste aspecto é importante, uma vez que os conselheiros tendem a apoiar partidos políticos com os quais se identificam, porém, muitas vezes acabam tornando-se reféns das suas filiações partidárias, qualquer que seja o partido a que estejam vinculados (SANTOS, 2012). Distintos autores, dentre eles Cotta et al. (2011), Cristo (2012), Goulart (2011), Martins e Santos (2012) utilizam este elemento como variável de análise para o controle social em seus estudos.

Conforme Santos (2012), outra questão importante diz respeito à autonomia do conselheiro perante o seu segmento. Assim, devemos notar também as relações do conselheiro com sua base de representação, um ponto importante e que tende a interferir na autonomia do conselho. Esta análise busca conhecer o grau de interação entre o conselheiro e a instituição, categoria ou comunidade que o indicou, investigando-se assim se sua atuação se dá de forma corporativa ou individual, ou seja, se trata-se de fato de uma representação ou se a atuação dos conselheiros é desconexa da sua base, e qual o retorno que ele oferece à ela (DUARTE; MACHADO, 2012).

Esta análise se torna relevante uma vez que é importante que hajam conexões que legitimem o vínculo entre os representantes e seus representados (GOULART, 2011). Consideramos fundamental, para analisar a autonomia do processo de controle social, analisar as relações de representação no conselho, uma vez que estas indicam a atuação de forças dentro do conselho, que devem ser conhecidas para que se caracterize a autonomia. Assim, importa saber, além do segmento, quais entidades estão sendo representadas pelos conselheiros, como

estas são indicadas e qual a relação dos conselheiros com aqueles a quem representam (VAN STRALEN et al., 2006). Com distintas finalidades, os trabalhos de Duarte e Machado (2012) e Van Stralen et al. (2006), por exemplo, utilizam a representação dos conselheiros como variável de análise para o controle social.

Importa ainda identificar as repercussões da atitude da gestão municipal com relação ao funcionamento do conselho. Santos (2012) aponta que, no que concerne à questão da autonomia, além de observar interesses corporativos e partidários, torna-se importante analisar a pressão do próprio governo, que tende a alterar as discussões no âmbito mais amplo dos interesses comuns e universais. Assim, consideramos que a autonomia do conselho no exercício do controle social depende ainda das relações estabelecidas entre a gestão municipal e o conselho de saúde. Por isso importa notar se atitudes do poder executivo ou do gestor municipal de saúde influencia no funcionamento do conselho ou não (DUARTE; MACHADO, 2012), isto é, se o conselho é ou não autônomo com relação à administração municipal. Duarte e Machado (2012), Justino Filho (2007) e Gurgel e Justen (2013) utilizam a gestão pública de saúde no município, a postura da administração municipal em relação ao conselho ou as relações estabelecidas entre conselho e administração municipal como categorias de análise para o controle social.

4.2.2 O processo participativo e a dinâmica de funcionamento do conselho

A análise do processo participativo e a respectiva dinâmica de funcionamento são importantes elementos de análise do controle social exercido no conselho municipal de saúde. Envolve a análise da dinâmica de funcionamento com relação à participação e as deliberações no âmbito do conselho, no sentido de identificar se essas caminham na direção do controle social. Entendemos que estes são critérios relevantes, uma vez que, a depender de como se dá esse processo, o controle social pode assumir diferentes formas.

O conceito de controle social que aqui se admite, incorpora em si a participação e deliberação como requisitos para seu exercício, de forma que, conforme supramencionado, o controle social é concebido na política de saúde brasileira como a própria participação da comunidade na definição desta política (SILVA et al., 2012; CORREIA, 2012). Assim, além de participar, cabe aos cidadãos no exercício do controle social, deliberar e decidir sobre os rumos das políticas públicas, podendo o próprio controle ser definido como um processo permanente de deliberação compartilhada entre sociedade e administração pública (GOULART, 2011).

Dessa forma, na análise dos conselhos municipais de saúde enquanto espaços de controle social, torna-se importante verificar como se dão a participação e deliberação, uma vez que, conforme Oliveira, Pereira e Oliveira (2010) estes representam meios públicos de deliberação criados para promover a participação social.

Souza (2001) destaca que a participação pode ser entendida como uma forma de agregar os indivíduos da sociedade civil de maneira que estes participem na administração pública. Entendendo dessa forma, consideramos relevante compreender como ocorre a participação dos conselheiros no conselho e nas reuniões, bem como o modo que se dá a organização e participação dos segmentos. Além disso, é necessário compreender o exercício do papel do conselheiro enquanto membro que participa da gestão pública.

Para análise da participação no contexto do conselho, são importantes as apreciações relativas à participação por segmento, o engajamento e o exercício do próprio papel de conselheiro. Duarte e Machado (2012) consideraram este um elemento importante na análise do controle social, utilizando como parte de sua investigação, a participação por segmentos no âmbito do conselho e a participação dos conselheiros nas reuniões. Zambon e Ogata (2013) também incorporam critérios de participação à análise do controle social, investigando como se dá o exercício do papel de conselheiro em termos de participação. Oliveira, Ianni e Dallari (2013) assinalaram em seu estudo que o controle social é no geral encarado como a própria participação por parte dos conselheiros.

Além de espaço de participação da comunidade na gestão do SUS, o conselho de saúde possui caráter deliberativo (BRASIL, 1990b). Isso significa que, além de aberto à participação, o conselho municipal de saúde possui atribuições deliberativas, isto é, tem a responsabilidade de discutir e decidir sobre as políticas de saúde a nível local (MARTINS, 2010). Martins (2010) ainda nota que este caráter deliberativo do conselho confere a ele maior respaldo no exercício de sua função de controle social. Portanto, este elemento não pode ser desconsiderado nesta análise. Rolim, Cruz e Sampaio (2013) assinalam a importância de que o controle social seja realmente deliberativo, além de autônomo, paritário e democrático.

Van Stralen et al. (2006) incorporam a análise das deliberações do conselho em seu estudo sobre efetividade do controle social. Cristo (2012) utilizou como categorias para o controle social em saúde a análise da dinâmica das reuniões para as avaliações, análises e aprovação de planos, programas e projetos.

4.2.3 Controle democrático

Entendemos que a análise aqui empreendida passa ainda pelo estudo da forma como esse é exercido e como os conselhos se consolidam como espaço de controle social, mediante existência de práticas democráticas efetivas. Essa análise remete à análise do controle democrático, isto é, identificar se no processo de controle social, as práticas democráticas são preservadas.

Torna-se importante a análise desse critério, uma vez que além da proposição dos conselhos ser a construção de espaços de controle democrático, a própria proposta de controle social visa, dentre outros propósitos, fortalecer este processo democrático (DIEGUES, 2013; ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013; BRASIL, 2013b). Assim, o controle social exercido nos conselhos municipais de saúde, isto é, a perspectiva do controle social compartilhado entre a administração pública e a comunidade, tem suas bases nos valores democráticos (GOULART, 2011; MAGALHÃES; SOUZA, 2015).

Conforme Justino Filho (2007), para que o conselho cumpra seu papel de exercer o controle social é necessário, dentre outros requisitos, que se preserve uma estrutura de poder democrática e que hajam conselheiros qualificados técnica, institucional e politicamente neste processo. Conforme Diegues (2013), para que o controle social seja efetivo é necessário que se superem certas limitações que impedem um exercício democrático deste controle. Nota-se, assim, que o desenvolvimento de práticas democráticas efetivas na sociedade é de extrema importância para o fortalecimento do controle social (COTTA et al., 2011; COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010).

Assim, consideramos que a presença de conselheiros qualificados técnica, institucional e politicamente é um elemento importante para que o conselho consiga cumprir seu papel de controle social (JUSTINO FILHO, 2007). Além disso, Zambon e Ogata (2013) identificam o acesso a capacitações como um dos entraves para o exercício da função de conselheiro e como um desafio imposto para fortalecimento do controle social no conselho. Constitui-se este como um indicador de “práticas democráticas” no conselho, ao compreender conforme Wendhausen e Cardoso (2007) que é imprescindível que os conselheiros se apoderem de conhecimentos para participar das discussões, como uma forma de resistência na articulação de rede, na busca de vencer as lutas pela autodeterminação e conquista efetiva da democracia e do controle social.

Desta maneira, na medida em que os conselheiros sejam qualificados técnica, institucional e politicamente, caminha-se no sentido da igualdade participativa, isto é, da isonomia de atuação nos processos de tomada de decisão nas políticas públicas (TENÓRIO et

al., 2008), uma vez que este processo implica em desenvolver nos conselheiros habilidades para lidar com o grupo e desenvolvimento de capacidade de contra argumentação (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

Deste modo, no que se refere ao controle social, a importância de que os conselheiros sejam qualificados técnica, institucional e politicamente sustenta-se no fato de que o “verdadeiro exercício do poder acontece a partir de uma maior simetria entre os atores; e tal simetria pode se tornar mais concreta à medida que os atores conhecem ‘verdades’ e podem argumentar sobre elas” (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007, p. 583).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

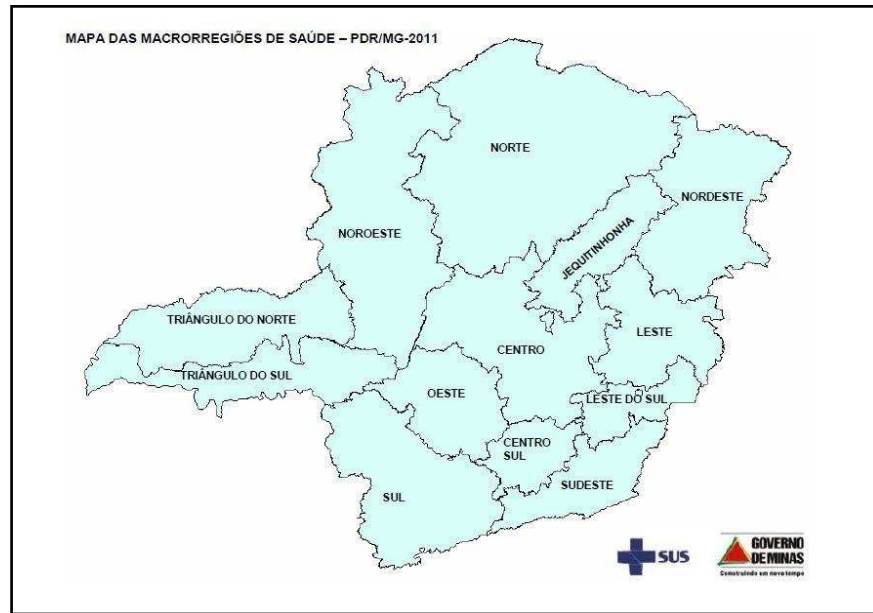
Com relação à abordagem do problema, a pesquisa é de base qualitativa, de forma a dar atenção à análise de micro processos e ao estudo de ações sociais, sendo realizado um exame intensivo de dados (MARTINS, 2004). A coleta de dados compreende pesquisa documental, realização de entrevistas pessoais com os conselheiros e observação não participante. Com relação à interpretação dos dados, a técnica empregada é a análise de conteúdo, com vistas a proporcionar a interpretação das informações coletadas, possibilitando assim a descrição do conteúdo a ser analisado (BARDIN, 1979). Estes procedimentos estão descritos de forma mais detalhada nos tópicos seguintes.

5.1 A escolha do locus

O estudo foi realizado em Juiz de Fora, município localizado na Zona da Mata do estado de Minas Gerais e cidade polo da macrorregião de saúde Sudeste do estado, tendo por unidade de análise o conselho gestor de políticas públicas de saúde do município. A escolha do objeto de pesquisa, conselhos gestores de políticas públicas de saúde, considerou o fato de serem instituições participativas formalizadas, incorporadas legalmente ao processo de gestão de saúde no Brasil, levando-se em conta ainda o potencial dos conselhos de inserção da sociedade nas decisões públicas, por representarem experiências disseminadas em termos de instituições participativas no país, conforme revisão de literatura apresentada.

A escolha do locus de estudo considerou, em primeiro lugar, as macrorregiões de planejamento da Secretaria de Saúde de Minas Gerais. Assim, foi levada em consideração a divisão do território do estado, adotada pela Secretaria de Saúde do estado, que estabelece 13 macrorregiões de saúde conforme exposto na Figura 3:

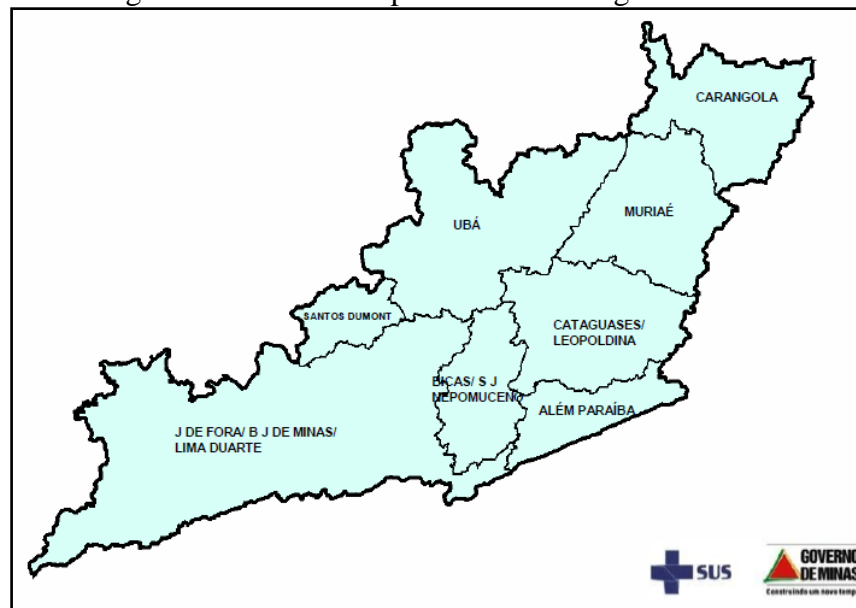
Figura 3 - Mapa das 13 Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais



Fonte: Portal do Governo de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2012).

Após considerar esta divisão territorial, a macrorregião Sudeste de saúde do estado foi escolhida para realização desta pesquisa, estabelecendo-se como critério para escolha do município para estudo a cidade polo desta macrorregião. A escolha pelo conselho municipal de saúde de Juiz de Fora, representativa da macrorregião de saúde Sudeste de Minas Gerais (Figura 4), além de considerar a relativa facilidade de acesso em razão da localização, justifica-se pela relevância do município na região onde localiza-se e sobretudo na sua importância quanto à promoção de serviços de saúde em sua macrorregião.

Figura 4 - Macrorregião Sudeste e as respectivas microrregiões - PDR/ MG 2011



Fonte: Portal do Governo de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2012).

Consideramos posteriormente o nível de institucionalização deste conselho, conforme critérios apresentados por Faria e Ribeiro (2010), como o tempo de existência da instituição, a presença de uma estrutura organizacional e a frequência de reuniões obrigatórias. Com relação a esses aspectos, o conselho em questão possui regimento interno em vigor, realiza reuniões ordinárias mensais e sua criação data de 11 de maio de 1992 (DATASUS, 2015), isto é, apenas quatro anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Além disso, conforme supracitado, Juiz de Fora é o município polo da macrorregião Sudeste de planejamento da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, a qual abarca 8 microrregiões e 94 municípios, de acordo com a divisão adotada oficialmente pelo governo estadual.

De acordo com a estimativa do IBGE, a cidade de Juiz de Fora possui atualmente 555.284 habitantes, com área territorial de 1.435,664 km² (IBGE, 2016). No que se refere à prestação de serviços de saúde, o município possuía em 2010, 165 estabelecimentos de saúde SUS (IBGE, 2010). Os dados acima sugerem que a cidade possui uma rede de serviços de saúde relativamente complexa e sujeita a grande pressão de demanda, o que se correlaciona com o funcionamento do conselho de saúde, que tende a se tornar mais atuante na medida em que aumenta a complexidade da rede (VAN STRALEN et al., 2006).

Assim, diante do que foi exposto, esta pesquisa se sustenta na importância do conselho para a operacionalização da política municipal de saúde, que além de surtir efeitos na respectiva cidade, reflete também nos cidadãos de outras cidades da região, que utilizam dos serviços de saúde da cidade. A perspectiva é que com esta pesquisa possa promover uma reflexão sobre considerações que contribuam no processo de melhoria e consolidação do conselho no seu papel de exercício do controle social.

5.2 Métodos de coleta de dados

Em relação aos dados, serão utilizadas fontes secundárias e primárias. Os dados de origem secundária foram levantados pela análise documental a partir das atas de 38 reuniões, compreendendo o período de outubro de 2013 a outubro de 2015. Os dados primários foram obtidos pelas entrevistas semiestruturadas realizadas com 14 conselheiros.

Para atingir os objetivos da pesquisa, consideramos o uso de métodos combinados, a chamada triangulação, como forma de reduzir erros, dando assim ao pesquisador a possibilidade de usar de diferentes maneiras de observar o objeto, diferentes fontes de evidência, visando identificar linhas convergentes de investigação, convergência de evidências e verificar repetições (YIN, 2010; STAKE, 1994). Ressaltamos que esta pesquisa e seus respectivos instrumentos de coleta de dados foram submetidos à apreciação pelo Comitê de Ética em

Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, que emitiu parecer favorável à consecução do estudo. Dessa forma, os instrumentos de coleta de dados aplicados nesta pesquisa seguiram os preceitos éticos da pesquisa científica.

5.3.1 Entrevistas

Dentro da perspectiva da pesquisa qualitativa, a entrevista se apresenta como um dos instrumentos para a coleta de dados e pode ser considerada uma das principais fontes de informações para este estudo. Optamos pela entrevista semiestruturada pela possibilidade de esclarecimento de situações, atitudes e comportamentos (MATTOS, 2005), a qual deve ser realizada individualmente, com a finalidade de obter dos entrevistados opiniões com maior riqueza de detalhes.

A entrevista semiestruturada foi construída em torno de um assunto, sobre o qual foi previamente organizado um roteiro com perguntas chave, que foram acrescidas de outras questões ao longo da entrevista, sendo possível assim emergir informações de forma mais livre e de forma que as respostas não foram condicionadas a uma padronização de alternativas (MANZINI, s.d.)

As entrevistas foram realizadas com membros de todos os segmentos que compõem o conselho: usuários, profissionais de saúde, membros do governo e prestadores de serviço. Foi proposto um roteiro-guia (Apêndice A) para condução das entrevistas, definidas a partir do referencial teórico aqui apresentado. Assim, quanto por parte do pesquisador, como por parte dos entrevistados, não houve restrições de manifestações que não estejam previamente no roteiro. Ressaltamos ainda que foi garantido aos entrevistados o anonimato. Como forma de definição do número de sujeitos entrevistados, utilizou-se o processo de amostragem por saturação, aquele no qual se interrompe o processamento de novas observações e o recrutamento de novos participantes na medida em que elementos novos não são mais apreendidos a partir do campo de observação (PIRES, 2008 apud FONTANELLA et al., 2011; GLASER, STRAUSS, 1967 apud FONTANELLA et al., 2011).

Conforme o Quadro 1 abaixo, foram entrevistados 14 conselheiros, sendo dez titulares e quatro suplentes, entrevistas estas codificadas, de modo a garantir o anonimato, conforme apresentado abaixo. O quadro apresenta também a entidade ou a região sanitária (RS) que representa cada um deles e o tempo de atuação no conselho municipal de saúde de Juiz de Fora:

Quadro 1 - Codificação dos entrevistados

Entrevistas	Segmento	Titularidade	Representação	Tempo de atuação
Entrevistado 1 (E1)	Usuário	Efetivo	RS 4	6 anos
Entrevistado 2 (E2)	Governo	Suplente	Secretaria de Saúde (Secretário adjunto)	1 ano
Entrevistado 3 (E3)	Usuário	Efetivo	RS 10 (Secretário Executivo)	19 anos
Entrevistado 4 (E4)	Usuário	Efetivo	RS 8	1 ano
Entrevistado 5 (E5)	Profissional	Efetivo	SINSERPU	4 anos
Entrevistado 6 (E6)	Usuário	Suplente	RS 11	15 anos
Entrevistado 7 (E7)	Profissional	Efetivo	Sind. Psicólogos	1 ano
Entrevistado 8 (E8)	Usuário	Efetivo	RS 12 (Presidente CMS)	15 anos
Entrevistado 9 (E9)	Prestador	Suplente	Santa Casa	2anos
Entrevistado 10 (E10)	Usuário	Efetivo	Grupo Esp. Semente	5 anos
Entrevistado 11 (E11)	Usuário	Efetivo	RS 3	18 anos
Entrevistado 12 (E12)	Prestador	Efetivo	Sind. Comércio	12 anos
Entrevistado 13 (E13)	Profissional	Suplente	Sind. Saúde	12 anos
Entrevistado 14 (E14)	Usuário	Efetivo	RS 10	1 ano

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Conforme se verifica no Quadro 1, sete dos conselheiros entrevistados são representante das Regiões Sanitárias, quatro representam sindicatos, um representa a Secretaria de Saúde, um representa a Santa Casa e um representa Grupo Espírita. Chamou a atenção, conforme se observa nos Quadros 1 acima e 2 abaixo, o fato de que, grande parte dos entrevistados encontrava-se na faixa etária acima de 60 anos e que grande parte deles atua há muito tempo como conselheiros. Estes dados serão novamente observados no decorrer das análises. O Quadro 2 apresenta uma síntese da caracterização dos conselheiros entrevistados na pesquisa:

Quadro 2 - Caracterização dos entrevistados

Variável	Caracterização	Número sujeitos
Segmento	Usuário	8
	Governo	1
	Prestador de serviço	2
	Profissionais de saúde	3
Sexo	Feminino	4
	Masculino	10
Faixa etária	De 31 a 40	2
	De 51 a 60	4
	Acima de 60	8
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	1
	Ensino Fundamental completo	3
	Ensino Médio completo	3
	Ensino Superior completo	5
	Pós-graduação completa	2
Atividade profissional	Trabalhador formal (público ou empresa)	9
	Autônomo	1
	Aposentado	4

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

As entrevistas foram realizadas em junho e julho de 2016, com a permissão prévia dos participantes (via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) de modo que se pôde

reproduzir com exatidão o discurso dos entrevistados, que foram posteriormente transcritos, codificados e categorizados, empregando a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1979).

5.3.2 Pesquisa documental

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, utilizamos a pesquisa documental, com vistas à obtenção de dados secundários a partir de materiais que não receberam tratamento analítico, cujas fontes são mais amplas e dispersas (GIL, 2002). A pesquisa documental é entendida por Sá-Silva (2009) como um procedimento que utiliza métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos. Entendemos que o uso de documentos na pesquisa tende a trazer grande riqueza de informações, uma vez que possibilitam ampliação do entendimento do objeto a partir de uma contextualização histórica e sociocultural, de forma a permitir acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social (SÁ-SILVA, 2009).

Os documentos analisados foram as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho municipal de saúde. Utilizamos como critério para seleção do período de análise documental a última gestão concluída, que compreende o período de outubro de 2013 a outubro de 2015, totalizando 38 atas, sendo 33 reuniões ordinárias e cinco extraordinárias.

Esta é considerada uma fonte de suma importância na análise do controle social, uma vez que “as atas constituem uma fonte que, ao lado das observações diretas das reuniões, permitem ao analista captar o ‘conselho em ação’, indo além, portanto, de uma análise estática” (PERISSINOTTO; FUKS; SOUZA, 2003, p. 84). Além disso, as atas das reuniões são importantes na análise do conselho por serem documentos que registram a fala e os discursos políticos produzidos pelos atores no processo deliberativo, e que permitem dessa forma analisar o processo argumentativo, central na teoria deliberativa (AVRITZER, 2009).

Importa notar que as atas deste conselho transcrevem na íntegra toda a reunião e que, portanto, possuem grande volume de texto, média de 15 páginas. Esta característica de atenua a maior crítica à utilização dessas como fonte de dados, de que as atas são um registro já filtrado das discussões que ocorreram nas plenárias (PERISSINOTTO; FUKS; SOUZA, 2003).

Outra característica marcante das atas analisadas é a presença de imprecisões nas transcrições, tais como falhas na acentuação, pontuação, ortografia e até mesmo palavras possivelmente trocadas. Estes equívocos constituíram um fator dificultador das análises, uma vez que demandou maior atenção da pesquisadora ao ler os documentos e analisá-los, para que não ocorressem erros de interpretação em razão dessa peculiaridade.

Para análise dos documentos, o pesquisador deve interpretar e sintetizar as informações, de forma a encontrar tendências e fazer inferências (SÁ-SILVA, 2009). Dessa forma, houve um esforço em elaborar uma estrutura (via Microsoft Excel) como forma de sintetizar as informações e simplificar a posterior análise de conteúdo dessas atas. As atas foram primeiramente codificadas de acordo com a ordem cronológica (recebendo os códigos de A1 a A38) e classificadas de acordo com seu caráter (ordinárias ou extraordinárias). Posteriormente, através dos dados que nos foram disponibilizados, constantes na lista de presenças do conselho, quantificamos as presenças por segmento nessas reuniões em análise.

A estrutura de análise das atas contemplou os seguintes aspectos, organizados de acordo com identificação das atas: (1) os pontos de pauta das reuniões, (2) a função contemplada, (3) os segmentos que tomavam a fala, (4) quem falava, (5) o que falava (conteúdo), (6) trechos ou observações (preenchidos apenas quando consistirem em apontamentos fundamentais para compreensão do conteúdo ou quando de suma importância na consecução dos objetivos da análise), as (7) votações e as (8) deliberações. O Quadro 3 sumariza os aspectos contemplados nessa estrutura, bem como as fontes utilizadas.

Quadro 3 - Estruturação das atas

	Variável	Categorização	Caracterização
(1)	Pautas	Gerais	Discussões gerais
		Pontos de pauta	Discussões referentes aos pontos de pauta das reuniões
(2)	Função contemplada	Função fiscalizadora	Acompanhamento e controle dos atos praticados pelos governantes (CGU, 2012)
		Função mobilizadora	Estímulo à participação popular e às contribuições para a formulação e disseminação de estratégias de informação para sociedade sobre as políticas públicas (CGU, 2012)
		Função deliberativa	Decidir sobre estratégias utilizadas nas políticas públicas (CGU, 2012)
		Função consultiva	Emissão de opiniões/sugestões sobre assuntos correlatos (CGU, 2012)
(3)	Segmento que fala	Governo	Representante do segmento “governo”
		Prestador	Representante do segmento “prestador”
		Profissional	Representante do segmento “profissional”
		Usuário	Representante do segmento “usuário”
		Secretaria executiva	Secretaria executiva
		Ouvidoria	Ouvidoria
		Presidência	Presidência do conselho
		Membro externo Governo	Membro externo Governo
Demais membros externos	Membro externo sociedade ou entidades		
(4)	Quem fala	Quem toma a fala	-
(5)	Conteúdo	Sobre o que se fala	-
(6)	Trecho / observações	Observações importantes	-
(7)	Votação	Resultado das votações	-
(8)	Deliberações	Deliberações às quais se chegou	-

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

O aspecto (1) dessa estrutura compreende as pautas a que se referem as discussões, classificadas em gerais e pontos de pauta. Chamamos de “gerais” a abertura da reunião, verificação de quórum, análise e aprovação de atas, abertura de palavra ao público, os informes gerais das reuniões e ainda as falas que se situavam fora dos pontos de pauta específicos para aquela reunião.

De acordo com a CGU (2012) no exercício do controle social exercido pelos conselhos, estes podem desempenhar funções de fiscalização, de mobilização, de deliberação ou de consultoria. Enquanto a função fiscalizadora refere-se o acompanhamento e o controle dos atos praticados pelos governantes, a função mobilizadora diz respeito ao estímulo à participação popular na gestão pública e às contribuições para a formulação e disseminação de estratégias de informação para a sociedade sobre as políticas públicas, a função deliberativa refere-se ao direito dos conselhos de decidir sobre as estratégias utilizadas nas políticas públicas de sua competência, e a função consultiva, por sua vez, relaciona-se à emissão de opiniões e sugestões (CGU, 2012). Assim, cada ponto de pauta recebeu uma classificação de acordo com a função (2), tomando por base as temáticas, as falas e discussões inerentes a cada um deles, à exceção daqueles que tinham como objetivo apenas informar ou não englobavam discussão sobre temas específicos.

Para análise das discussões descritas nas atas foram contempladas todas as falas. Primeiramente averiguamos de onde partiam essas falas (3), isto é, se partiam de conselheiros pertencentes aos quatro segmentos contemplados no conselho (governo, prestador, profissional e usuário), da secretaria executiva, da presidência do conselho ou de membros externos. Em seguida, identificamos e os interlocutores dessas falas (4). Para identificação desses recorreremos à lista dos conselheiros da gestão 2013-2015, através da qual foi possível identificar, além do segmento ao qual pertence (se membro do conselho), se este é/era membro titular ou suplente e a entidade ou setor regional por ele (a) representada (o).

Contemplamos ainda o conteúdo das falas desses atores (5). No caso de haverem apontamentos fundamentais para compreensão do conteúdo ou quando de suma importância na consecução dos objetivos da análise, esses seriam alocados na coluna identificada como “trechos/ observações” (6). Em seguida, sobre as pautas sobre as quais houve votação, buscamos o resultado dessas, isto é, aprovação ou não (7), seguida sobre a deliberação a qual se chegou (8).

5.3.3 Observação não participante

A técnica de observação não participante foi utilizada complementarmente à realização de entrevistas e à pesquisa documental, durante as visitas feitas ao conselho municipal de saúde no período de junho de 2016 a julho de 2016 e na participação das reuniões ordinárias ocorridas neste mesmo período, conforme o Quadro 4 abaixo:

Quadro 4 - Reuniões

Data	Caráter	Pauta
22/06/2016	Ordinária	1) Verificação do Quórum e Abertura da reunião
		2) Discussão e deliberação das atas de 27/04, 28/04, 18/05 e 19/05/16
		3) Abertura da palavra ao público
		4) Discussão e deliberação das matérias: 4.1- Unificação - Central de Regulação Estadual com a Central de Regulação Municipal. Propositor: Mesa Diretora/ Secretaria Executiva/ Ouvidoria. Expositor: Secretaria de Saúde / PJF
23/06/2016	Ordinária	1) Verificação do Quórum e Abertura da reunião
		2) Discussão e deliberação das matérias: 2.1 - Política Municipal de Assistência Farmacêutica- Contratação de profissionais farmacêuticos, escala de funcionamento das farmácias das Unidades de Atenção Primária a Saúde e falta de medicamentos e insumos. Propositor: Pleno do CMS em 18/05/16. Expositor: Secretaria de Saúde/ PJF 2.2 - Apresentação da Portaria de Protocolo Assistencial de Regulação. Propositor: Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde / SS - Thiago Horta. Expositor: SSAPS/SS - Thiago Horta
27/07/2016	Ordinária	1) Verificação do Quórum e Abertura da reunião
		2) Discussão e deliberação das atas de 15/06 - RE, 22/06 e 23/06/2016
		3) Abertura da palavra ao público
		4) Discussão e deliberação das matérias: 4.1 - Política Estadual de Promoção à Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais e as estratégias para sua implantação. Resolução SES/MG 5250 de 19/04/16. CIB - SUS/MG 2341 de 19/04/16 - Apresentação do Plano de Ação pela Secretaria de Saúde e parecer conjunto exarado pela Mesa Diretora e Comissão de Recursos do CMS. Propositor/ Expositor: SSAPS/ SS - Thiago Horta 4.2 - Minuta do Projeto de Lei: Parto Humanizado com a presença de DOULAS no parto. Propositor/ Expositor: Mesa Diretora
		5) Leitura Expediente: 5.1 - Mesa Diretora 5.2 - Ouvidoria 5.3 - Secretaria Executiva 5.4 - Comissão de Recursos e outras
28/07/2016	Ordinária	1) Verificação do Quórum e Abertura da reunião 2) Discussão e deliberação das matérias: 2.1 - Saúde Mental no Município. Propositor: Regina Célia de Souza/ Comissão de Saúde Mental. Expositor: SS / Departamento de Saúde Mental - Dr ^a Andréa Stenner 2.2 - Atendimento Centro Hiperdia - Fundação Imepen. 2.2.1 - Suspensão do atendimento a partir do dia 01/08/16, pelo centro Hiperdia - Fundação Imepen, faze esgotamento do recursos financeiros do projeto. 2.2.2 - Apresentação da situação jurídica do projeto Hiperdia Minas / CEAE. 2.2.3 - Regularização imediata pagamento do último quadrimestre de 2-15; regularização da segunda metade do pagamento do primeiro quadrimestre de 2016 e pagamento do segundo quadrimestre de 2016. Propositor/ Expositor: Centro Hiperdia - Fundação Imepen

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

De acordo com Godoy (1995) a observação, ao lado da entrevista, constitui-se em uma técnica fundamental e tem um papel importante na realização de estudos de caso. Ao observar, o pesquisador busca captar aparências, eventos e comportamentos (GODOY, 1995). Na observação não participante o pesquisador atua como espectador, baseando-se em um roteiro de observação e nos objetivos da pesquisa, buscando registrar o máximo de ocorrências (GODOY, 1995). As observações realizadas em campo foram registradas de forma escrita e com material obtido de gravações das apreensões da pesquisadora (GODOY, 1995). A utilização deste método, ao permitir uma observação das reuniões, da relação entre os conselheiros e de sua atuação formal e informal, enriqueceram a pesquisa, permitindo, além de um ponto de observação menos sujeito ao envolvimento nos temas e debates, dando sentido a certas informações obtidas na análise das entrevistas e das atas (GURGEL; JUSTEN, 2013).

5.3 Análise dos dados: análise de conteúdo

Com relação à interpretação dos dados, empregamos a técnica de análise de conteúdo, que compreende um conjunto de ferramentas, marcado por uma grande variedade de formas (BARDIN, 1979). Pode ser compreendida em três fases, sendo elas: pré-análise, procedendo-se a escolha dos documentos, formulação de hipóteses e preparação do material para análise; exploração do material, que envolve escolha das unidades, enumeração e classificação; tratamento, inferência e interpretação de resultados (BARDIN, 1979).

A primeira fase abordada por Bardin (1979) corresponde à fase de organização propriamente dita, que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de forma a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Nessa fase procedemos a escolha dos documentos analisados, a formulação dos objetivos, bem como a elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação final. A segunda fase, de exploração do material, consiste em operações de codificação, decomposição e enumeração em função dos procedimentos realizados na primeira fase, de forma a realizar um aprofundamento no material reunido, orientando-o pelo referencial teórico, surgindo sínteses das ideias (BARDIN, 1979). Na terceira fase, de análise propriamente dita, os “resultados brutos” foram tratados de forma a se tornarem significativos e válidos (BARDIN, 1979). Nessa fase, foram realizados os procedimentos de tratamento dos dados.

Como forma de analisar o conteúdo e de modo a dar suporte à condução deste trabalho, foi construído o Quadro 5, que alinha cada um dos objetivos específicos às categorias de análise, seus indicadores, embasamento teórico e aos procedimentos de coleta de dados adotados.

Quadro 5 - Objetivos e procedimentos de pesquisa

Objetivo específico	Categorias de análise	Indicador de categoria	Embasamento	Coleta dados
1 - Verificar, no conselho municipal de saúde, aspectos de autonomia e heteronomia no exercício do controle social	Aspectos de autonomia e heteronomia	Influências na atuação do conselheiro	Duarte; Machado (2012) Justino Filho (2007) Liporoni (2006) Gurgel; Justen (2013) Bispo Júnior; Sampaio (2008) Santos (2012)	Entrevista
		Relações do conselheiro com sua base de representação	Duarte; Machado (2012) Gerschman (2004) Shimizu et al. (2013) Van Stralen et al. (2006) Santos (2012)	Entrevista
		Relação entre conselho e gestão pública municipal	Duarte; Machado (2012) Justino Filho (2007) Gurgel; Justen (2013) Bispo Júnior; Sampaio (2008) Santos (2012)	Entrevista e atas
2 - Analisar a dinâmica de funcionamento, participação e deliberações no âmbito do conselho	Dinâmica deliberativa	Funcionamento do conselho e dinâmica das reuniões	Cristo (2012) Van Stralen et al. (2006) Avritzer et al. (2009) Cotta; Cazal; Martins (2010)	Entrevista e atas
		Decisões	Gerschman (2004)	Entrevista e atas
	Processo participativo	Participação por segmento no âmbito do conselho	Duarte; Machado (2012) Shimizu et al. (2013) Goulart (2011) Perissinotto; Fuks; Souza (2003) Avritzer et al. (2009) Cunha (2009)	Atas
		Processo de escuta	Marques (2009)	Entrevista
3 - Verificar se, no conselho municipal de saúde, as práticas democráticas são preservadas no exercício do controle social	Controle social	O conselho municipal de saúde e o controle social	CGU (2012) Cotta et al. (2011)	Entrevista
		Exercício do controle social	Zambon; Ogata (2013) Cristo (2012) Duarte; Machado (2012) Oliveira; Ianni; Dallari (2013)	Entrevista e atas
	Práticas democráticas	Estrutura de poder democrática	Justino Filho (2007) Diegues (2013) Rolim; Cruz; Sampaio (2013) Cotta et al. (2011) Cotta; Cazal; Martins (2010)	Entrevista e atas
		Conselheiros qualificados técnica, institucional e politicamente	Justino Filho (2007) Souza et al. (2012) Zambon; Ogata (2013)	Entrevista e atas

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Ao expor o método de coleta de dados para cada um dos objetivos, evidenciamos a importância de cada um deles no alcance do objetivo proposto. Importa notar que, conforme Silva, Gobbi e Simão (2005), considerando as expectativas teóricas, os elementos de conteúdo foram agrupados por parentesco de sentido e organizados sob as devidas categorias analíticas que são caracterizadas, segundo Campos (2004) como:

Grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que possam através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo e criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos (CAMPOS, 2004, p. 624).

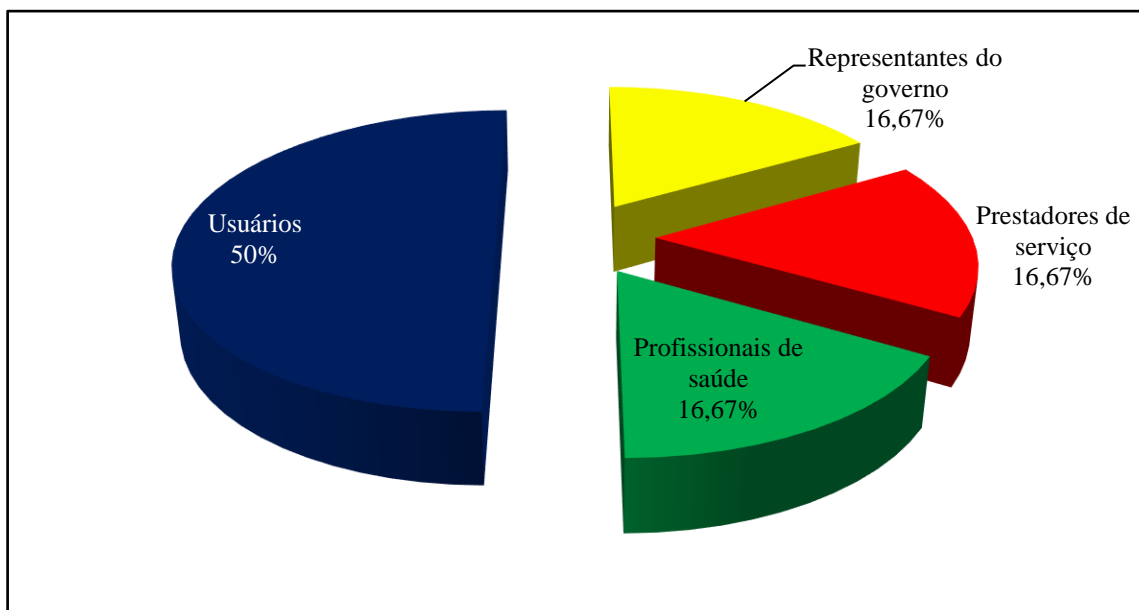
Estas categorias podem ser apriorísticas, isto é, definidas previamente ou não apriorísticas, que emergem do contexto das respostas dos sujeitos da pesquisa (CAMPOS, 2004). Seguimos nesta pesquisa o modelo fechado, com categorias apriorísticas, no qual o pesquisador define a priori as categorias apoiadas em um ponto de vista teórico que se submete à realidade (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005; CAMPOS, 2004). Assim, neste modelo o pesquisador já possui categorias pré-definidas, de larga abrangência e que comportam subcategorias (CAMPOS, 2004).

Por fim, compreendendo cada uma das dimensões sob a luz do referencial teórico e a partir dos métodos aqui propostos, perseguimos o objetivo central do estudo, de analisar o exercício do controle social no âmbito do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora.

6 CARACTERIZAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA

O conselho municipal de saúde de Juiz de Fora é um órgão colegiado, deliberativo, normativo, permanente e fiscalizador do SUS, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, composto por 108 conselheiros, sendo 54 titulares e 54 suplentes. Foi criado pela Lei Orgânica do Município, instituído pela Lei nº 8.076 de 11 de maio de 1992 e regulamentado por regimento interno revisto em 2012¹ (resolução CMS 370/2012), que regula as atividades e atribuições do conselho municipal de saúde do município. Possui representação quadripartite, isto é, metade dos conselheiros representam os usuários dos serviços do SUS (o que corresponde a 27 membros titulares); e a outra metade é dividida entre representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde, cada um com nove conselheiros titulares. A Figura 5 abaixo demonstra a representação no conselho em termos percentuais:

Figura 5 - Categorias representadas no conselho municipal de saúde de Juiz de Fora



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Juiz de Fora conta, além do conselho municipal, com conselhos locais e regionais de saúde. São no total 12 conselhos regionais de saúde (um para cada região sanitária de saúde) e 62 conselhos locais de saúde, sendo 14 deles na zona rural. Conforme o Artigo 4º do Regimento Interno, estes conselhos seguem processo eleitoral, sendo que sua composição obedece ao seguinte critério: 70% Representantes dos Usuários, 20% de Representantes dos Trabalhadores de Saúde e 10% de Representantes do Governo.

¹ Para maiores detalhes, vide Anexo A.

O Quadro 6 apresenta as categorias representadas no conselho, importando notar que, conforme descrito, entre os prestadores de serviço somente o Hospital Universitário e a sociedade de Medicina e Cirurgia têm assento garantido. Além disso, com relação à representação dos usuários, entre os 27 representantes, 17 advêm dos conselhos regionais de saúde e os outros 10 representam outras instituições. Desses 10 assentos, somente a UNIJUF/União Juiz-forana - Sociedade Pró-Melhoramentos de Bairros e Distritos possuem lugar garantido, de acordo com a Lei 10.333 de 12/11/2002, sendo que as nove vagas restantes são disputadas em processo eleitoral, obedecendo aos critérios expostos no Quadro 6.

Quadro 6 - Composição do conselho

Categoria	Composição
Representantes do governo	01 representante da Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Econômico – SPDE
	01 representante da Cia de Saneamento Municipal – CESAMA
	01 representante da Secretaria de Educação – SE
	01 representante da Secretaria de Saúde – SS
	01 representante dos Cursos da área de Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora
	01 representante da Superintendência Regional de Saúde – SES-Mg/SRS-Juiz de Fora
	01 representante do Departamento Municipal de Limpeza Urbana – DEMLURB
	01 representante da HEMOMINAS
	01 representante da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG
Prestadores de serviços	01 representante do Hospital Universitário – HU
	03 representantes das Instituições de Saúde, sem fins lucrativos
	03 representantes das Instituições de Saúde, com fins lucrativos
	01 representante dos Sindicatos e Associações Profissionais vinculados ou não ao Sistema único de Saúde SUS, que prestam serviços de saúde a seus filiados.
	01 representante da sociedade de Medicina e Cirurgia
Profissionais de saúde	01 representante do Sindicato dos Trabalhadores, Funcionários e Servidores Municipais da Administração Direta, Indireta, Fundações, Autarquias, Empresas Públicas e Associações Cívicas da Prefeitura de Juiz de Fora – SINSERPU
	1 representante do Sindicato dos Trabalhadores
	2 Públicos Estaduais de Saúde - SIND-SAÚDE
	01 representante do Sindicato dos Servidores da Previdência Social – SINTSPREV
	01 representante do Sindicato dos Médicos
	01 representante do Sindicato dos Odontólogos
	01 representante do Sindicato dos Enfermeiros
	01 representante do Sindicato ou de órgão de fiscalização dos Profissionais de Serviço Social
	01 representante do Sindicato dos Psicólogos
01 representante do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Juiz de Fora	
Usuários do SUS	17 representantes dos conselhos regionais de saúde
	10 representantes das demais Instituições da Sociedade Civil Organizada (sendo 02 representantes dos Trabalhadores, através de seus Sindicatos; 02 representantes das Instituições organizadas sob interesses da sociedade em geral; 02 representantes das Instituições organizadas sob interesses das crianças, adolescentes, mulheres e Idosos; 02 representantes das Instituições dos usuários de serviços de saúde especializados e dos segmentos; populacionais de maior risco sanitário; 01 representante das Instituições dos seguimentos institucionalmente organizados sob outros interesses de proteção pública e de bem estar social, cujas preocupações contemplam, direta ou indiretamente, as questões sanitárias; 01 representante da UNIJUF/União Juizforana - Sociedade Pró-Melhoramentos de Bairros e Distritos).

Fonte: Elaborado pela autora com base no regimento interno do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora (2012).

Essa composição do conselho, que abrange um leque significativo de entidades, aponta um significativo grau de representatividade, uma vez que, como apontam Machado, Batista e Kornin (2004) um conselho se torna representativo na medida em que agrega distintos segmentos da sociedade civil e, portanto, diferentes entidades a serem representadas.

Cada gestão do conselho compreende o período de dois anos, sendo permitida uma recondução. As eleições acontecem no geral no mês de setembro dos anos ímpares, sendo outubro considerado um período de transição e novembro o início da nova gestão.

O regimento interno do conselho apresenta em seu Artigo 2º a finalidade de atuar na formulação e no controle da execução da política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos, financeiros, estratégias e promoção do processo de Controle Social em toda a sua amplitude, no âmbito do setor público e privado no município de Juiz de Fora. Importa notar que o conselho ainda segue as determinações das resoluções nº 33 de 1992 e nº 333 de 2003 do Conselho Nacional de Saúde, revogadas pela resolução nº 453 de 2012.

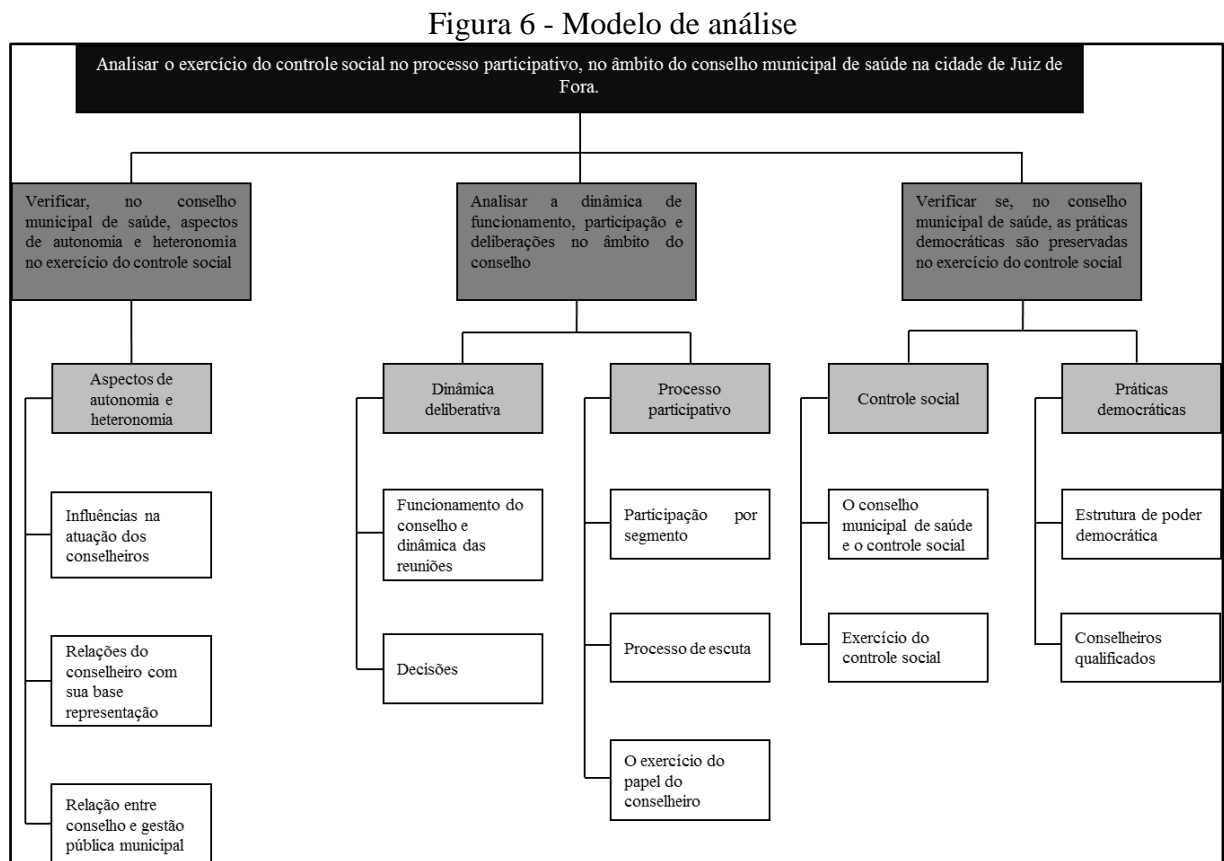
De acordo com o Ministério da Saúde, a estrutura de funcionamento é importante para que se garanta a funcionalidade do Conselho e de modo a evitar que ocorram relações de poder entre os próprios conselheiros e que se instaurem rotinas burocráticas prejudiciais (BRASIL, 2013b). De acordo como o regimento interno, o conselho municipal de saúde de Juiz de Fora é constituído por:

- a) **Plenário:** é o fórum de deliberação do conselho e deve reunir-se, no mínimo, a cada mês e extraordinariamente quando necessário, sendo suas reuniões abertas ao público (BRASIL, 2013b). Importa notar que o conselho municipal de saúde de Juiz de Fora realiza mensalmente duas reuniões ordinárias, na quarta quarta-feira e quinta-feira de cada mês e além disso pode reunir-se extraordinariamente quando convocado pela mesa diretora do conselho ou pela maioria simples de seus membros;
- b) **Mesa Diretora:** de acordo com o Ministério da Saúde deve ser composta por conselheiros titulares, eleitos pelo Plenário, inclusive o presidente e é responsável por conduzir os processos administrativos e políticos a serem deliberados pelo Plenário e promover articulações políticas internas e externas, garantindo a intersetorialidade do controle social (BRASIL, 2013b). Quanto à composição da Mesa Diretora, o regimento interno do conselho de Juiz de Fora define que esta deverá ser composta por conselheiros indicados pelos segmentos, observando-se a paridade representativa, isto é, um representante do Governo, um representante dos Prestadores de Serviço, um representante dos Profissionais de Saúde e três representantes do Segmento dos Usuários, além do representante da Secretaria Executiva e da Ouvidoria de Saúde;

- c) **Comissão de Recursos da Saúde:** de acordo com o regimento interno, esta é a comissão constituída para apreciações acerca dos recursos destinados à saúde;
- d) **Comissões Temáticas:** de acordo com o ministério da saúde as comissões são responsáveis por prestarem assessoria ao Plenário, podendo possuir caráter temporário ou permanente (BRASIL, 2013b);
- e) **Secretaria Executiva:** deve fornecer o suporte técnico-administrativo ao conselho de Saúde, sendo subordinada ao Plenário (BRASIL, 2013b). O regimento interno postula que o cargo deverá ser ocupado preferencialmente por representante do segmento dos usuários. Além disso, o mesmo regimento define que o mandato para a secretaria executiva será de dois anos permitida uma e somente uma recondução, por mais um mandato de dois anos. Importa notar que o atual Secretário Executivo do conselho está no cargo há 16 anos (desde 2000);
- f) **Ouvidoria Municipal de Saúde:** de acordo com o regimento interno do conselho este é o órgão destinado à fiscalização e intermediação entre o gestor municipal de saúde e os usuários do SUS, os prestadores de serviços, públicos ou privados, os servidores públicos do setor. Ainda de acordo com o regimento, o cargo deve ser ocupado, preferencialmente por um usuário, sendo que o ouvidor será eleito pelo plenário para um mandato de dois anos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo são apresentados e discutidos os resultados obtidos nas entrevistas aplicadas aos conselheiros, nas análises das atas e nas observações diretas. Ressaltamos que para abranger o exercício do controle social no processo participativo no contexto do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora, os dados foram extraídos a partir dos elementos de análise propostos e organizados de acordo com as categorias analíticas e seus respectivos indicadores. Para tanto, a apresentação de resultados divide-se cinco etapas, conforme apresenta a Figura 6:



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Na primeira etapa são apresentados os resultados relativos aos aspectos de autonomia/heteronomia inerentes ao conselho, com base nas 1) influências na atuação dos conselheiros; 2) relações do conselheiro com sua base de representação; 3) relação entre conselho e gestão pública municipal. Esta análise abrange o elemento de análise “aspectos de autonomia no exercício do controle social”

As segunda e terceira etapa respondem ao elemento de análise sobre o “processo participativo e a dinâmica de funcionamento do conselho”. Na segunda etapa discutimos a dinâmica deliberativa, abrangendo: 1) funcionamento do conselho e dinâmica das reuniões e 2)

decisões. A terceira etapa por sua vez engloba a análise do processo participativo, a partir das análises da 1) participação por segmento no âmbito do conselho; 2) processo de escuta; e 3) o exercício do papel do conselheiro.

O elemento “controle democrático” está compreendido nas quarta e quinta etapas. Na quarta etapa realizamos uma análise acerca do controle social, visando compreender 1) aproximações entre o conselho municipal de saúde e o controle social; e 2) o exercício do controle social. Na última etapa procedemos a análise sobre a existência de práticas democráticas, discutindo a 1) estrutura de poder democrática e; 2) conselheiros qualificados técnica, institucional e politicamente.

7.1 Aspectos de autonomia e heteronomia

O debate sobre os aspectos de autonomia e heteronomia na atuação do conselho é essencial para compreendermos como se dá o exercício do controle social, quais são os fatores que influenciam a atuação deste e o quanto ele é autônomo ou não em suas deliberações para exercer o controle social. A análise destes aspectos deve compreender os posicionamentos dos atores bem como as relações que são desenvolvidas no interior do conselho.

Partimos do pressuposto que os conselhos só podem ser considerados espaços efetivos de controle social na medida em que sua autonomia é respeitada, sendo esta ainda considerada um fator determinante da participação social na saúde (CUNHA, 2003; COTTA et al., 2013).

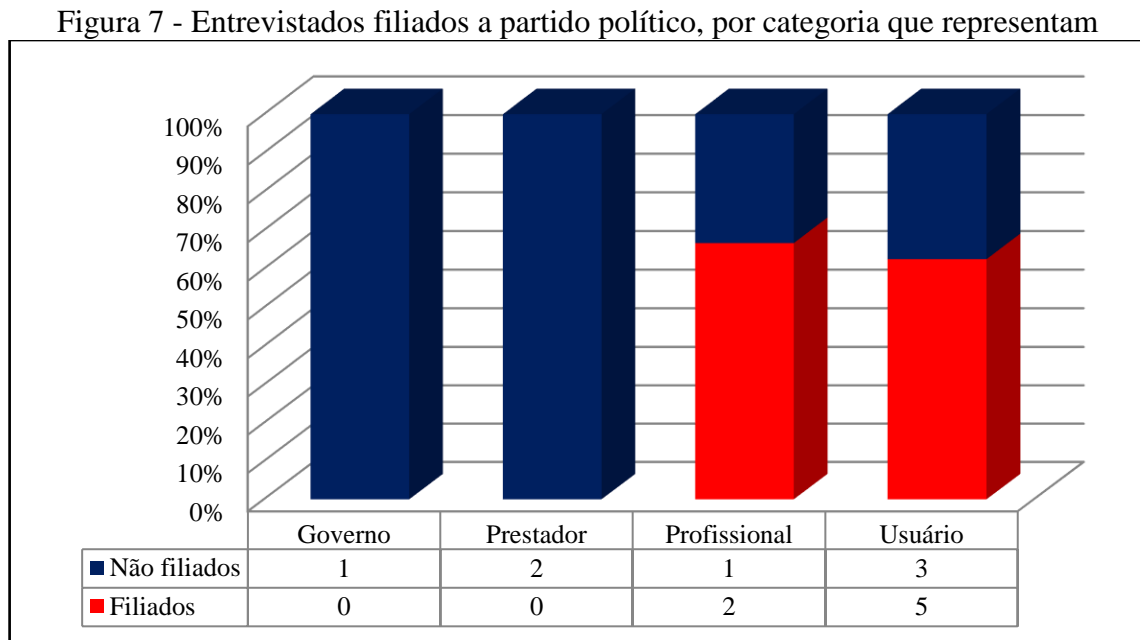
Neste sentido, entendendo a heteronomia como o contraponto ao conceito de autonomia (FREITAS, 2010), a autonomia como a apropriação indistinta do poder decisório pelos diferentes atores nas políticas públicas (TENÓRIO et al., 2008), e considerando que os conselhos devem ser, em princípio, autônomos, pretendemos analisar aqui como os posicionamentos dos conselheiros são influenciados por suas posições partidárias, além de comportamentos corporativistas e clientelistas na atuação junto ao conselho, considerando estes como aspectos que venham a ferir a autonomia decisória. Além disso, analisamos as relações desenvolvidas entre os conselheiros e seus pares, os quais sejam, suas bases de representação e a gestão pública, a fim de verificar se há nessas relações traços de condições que possam ferir a autonomia decisória do conselho.

7.1.1 Influências na atuação dos conselheiros

Partindo do pressuposto que os posicionamentos dos conselheiros são passíveis de influências, entendemos a filiação partidária como um fator potencialmente relevante na análise

da autonomia decisória no âmbito do conselho, uma vez que pode levar a comportamentos partidaristas por parte dos conselheiros, interferindo assim na atuação destes enquanto membros representantes da sociedade.

Dentre os 14 conselheiros entrevistados, sete deles são filiados a partidos políticos. A Figura 7 abaixo demonstra a filiação de acordo com o segmento que cada conselheiro entrevistado representa:



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Conforme se verifica acima, entre os entrevistados filiados a partidos políticos, cinco pertencem ao segmento dos usuários e dois ao segmento dos profissionais de saúde. Chamou atenção a constatação de que, além dos prestadores de serviço, o entrevistado membro do governo não era filiado a partido político.

Essa considerável taxa de filiação dos usuários aqui encontrada verifica-se também no estudo de Fuks, Perissinotto e Ribeiro (2003), que sinalizam a proeminência do segmento usuário neste quesito ao apontarem que 77,8 % dos representantes dos usuários em conselhos de Curitiba eram filiados a partidos políticos. Com relação aos demais segmentos, Fuks, Perissinotto e Ribeiro (2003) identificam que 30,8% segmento trabalhadores, 26,4% prestadores e 33,3% gestores também eram filiados.

De acordo com Wendhausen, Barbosa e Borba (2006, p. 140), “o envolvimento com a política é um fator que pode influenciar nas atitudes e posturas dos conselheiros e também é um indicativo importante de seu empoderamento, pois denota uma atitude que pode estar associada à organização da sociedade civil”.

É importante notar que, se por um lado filiar-se a um partido pode indicar uma disposição subjetiva do indivíduo para participação política, vista por outro ângulo, a filiação partidária deve ser analisada com cautela, por ser um sinalizador de ações e comportamentos de conselheiros possivelmente motivados por posições políticas determinadas pelo pertencimento a partidos políticos (PERISSINOTTO; FUKS; SOUZA, 2003; DUARTE; MACHADO, 2012).

Neste sentido, torna-se relevante ainda compreender, para além somente da inclinação partidária, a atuação de grupos potencialmente capazes de interferir na atitude dos conselheiros. Notamos que os conselheiros filiados desvinculam seu papel de conselheiro de sua atuação partidária, apontando que se tratam de trabalhos independentes, de forma que a filiação ao partido não interfere em sua atuação no conselho, conforme se verifica no discurso abaixo:

[...] Mas partido não me influencia no meu trabalho aqui não. Hoje mesmo eu tive uma reunião com o prefeito levando alguns problemas pra ele; aí não tem nada a ver (E3, Segmento Usuário).

As falas dos conselheiros filiados a partidos tentam desvincular a militância no conselho com suas atuações político-partidárias, reforçando autonomia decisória com relação ao partido, ao exercerem o papel de conselheiro. Por outro lado, a maior parte das falas (dez entrevistados, dentre os quais seis filiados a partidos) indica que a atuação dos conselheiros é passível de influências, apontando que acreditam que a atitude desses tende a ser moldada por grupos, dentre os quais destacaram a questão político-partidária, a atuação de grupos políticos e ainda a representação de entidades:

Pode ser, sim. [...] Mais pelo viés político-partidário. E alguns por uma questão da própria representação enquanto entidade. [...] Sempre o cidadão tem um vínculo com algum vereador, alguma tendência, então normalmente assim, essa influência ela pode acontecer, por uma questão de formadores de opinião... (E3, Segmento Usuário).

[...] Ah, sempre tem problema político no meio. Interesse político. [...] Às vezes, essa interferência aqui dentro do conselho, às vezes acontece, às vezes não. Mas quando acontece, é por interesse político, conforme eu disse. (E13, Segmento Profissionais de Saúde).

[...] Ah, eu acredito que sim. Eu acredito que sim. Por que, querendo ou não, o conselho ele é uma forma de você acessar autoridades né. E essas autoridades também buscam acessar a população através da representatividade dos conselheiros. Eu acredito que pode ocorrer isso sim [...] Basicamente grupos políticos né, interessado em eleição, representantes de entidades, que eles têm interesse em verbas do governo né, do Estado, enfim... É... grupo não falta. Por que eu creio que sobra interesse. Falta gente pra fazer (E14, Segmento Usuário).

Notamos, desta maneira, uma divergência entre os depoimentos analisados. Embora aqueles sujeitos filiados a partidos considerem que a filiação não interfere em sua atuação, por outro lado, grande parte dos entrevistados identificou grupos atuantes e influentes no conselho.

As falas nos permitem apontar desta forma que há um processo de interferência política, uma vez que se destaca a questão político-partidária, a atuação de grupos políticos e a representação de entidades enquanto grupos atuantes, apontamentos estes que direcionam à possível partidarização do conselho, também verificada no estudo de Liporoni (2006).

Estes resultados nos indicam que embora a politização do conselho e dos conselheiros sejam importantes, o que se verificou no conselho municipal de saúde de Juiz de Fora, através dos depoimentos é a partidarização, que leva a perdas para população, que espera que o conselho atue em prol da comunidade e não de grupos ou partidos. Este apontamento se reafirma na fala de E4, que assinala que dentro do conselho há um determinado grupo que tenta impor seu posicionamento, desrespeitando os demais:

Hoje é. [...] Deixou de ser uma coisa do povo e passou a ser uma coisa partidária [...] nós estamos tomando decisão para uma população inteira. [...] E tem que fazer eles respeitar. Por que hoje eles não estão respeitando não. Eles tão achando que é eles falaram e nós temos que falar amém. [...] É usuário, é a parte de governo. [...] Os usuários de modo geral que não quer saber de tomar conhecimento de direito deles, que não querem participar de uma reunião (E4, Segmento Usuário).

Este processo de interferência política constitui um dos fatores dificultadores para a atuação plena do conselho, importando-nos apreender quais os meios ou estratégias utilizadas com este fim no caso em análise. Dentre as formas de interferência política, o entrevistado E5 apontou, conforme o depoimento abaixo, que além da utilização de cargos públicos para cooptação dos conselheiros, estes por vezes agem baseados em interesses pessoais:

Com certeza. Ah, o conselho é formado de pessoas que, várias delas, por exemplo, que ocupa a mesa diretora, elas são politizadas e são assediadas pelo poder público, interesse pessoal. Entendeu? Por que eles tem o poder de influenciar nas decisões do conselho. [...] ontem a gente viu aqui a influência do poder. Como o poder consegue, é, de uma forma dura, trazer pra mesa, pro plenário uma coisa que não poderia trazer regimentalmente. E passa para os conselheiros um sentido técnico, que não é de conhecimento, que boa parte dos conselheiros não tem conhecimento técnico, nem da saúde, nem da área jurídica [...] Tem conselheiro que pede emprego pra, pra administração. Evidentemente que quando você pede favor, automaticamente eles vão te pedir favor também. E essa é uma forma de influência, influência do poder público fazer valer as suas deliberações. [...] O usuário é maioria mas infelizmente o usuário ele não tem assim uma qualificação. (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

Pela fala acima fica claro que, na visão do entrevistado, os conselheiros são assediados pelo poder público através de empregos que são utilizados como moeda de troca. Este fato se

torna preocupante à autonomia do conselho na medida em que se constitui uma das principais estratégias de interferência política nestes espaços.

Além de ser uma moeda de troca, a utilização destes cargos pode assumir ainda outro sentido, chamado por Demo (1993 apud SIQUEIRA; COTTA; SOARES, 2015) de “contratação do líder”, isto é, quando os governantes valem-se da possibilidade de cargos comissionados para tornar a liderança representativa na condição de servidora, o que também compromete a autonomia necessária à representação.

Importa notar que embora esta utilização de cargos públicos tenha aparecido na fala de E5, evidências empíricas apontam que esta pode ser uma percepção isolada do entrevistado, uma vez que nenhum dos usuários entrevistados (à exceção do secretário executivo do conselho, que cuja função é remunerada) era servidor da administração pública municipal, não sendo possível afirmar, portanto, até que ponto esta estratégia é de fato utilizada no caso em análise.

O conselheiro nota ainda uma espécie de jogo de poder por parte da gestão municipal, ao apontar que embora sejam maioria, os usuários não “possuem qualificação” para se afirmarem. Desta fala do conselheiro, ao assinalar a falta de qualificação, compreendemos que ele considera que embora os usuários ocupem este espaço e perfaçam a maioria, eles são facilmente cooptados, exatamente por não compreenderem tal importância e por se venderem através de empregos públicos ou por outros interesses pessoais.

Ainda neste mesmo sentido, o entrevistado E7 aponta para comportamentos baseados em relações pessoais, além de chamar a atenção para a pré formatação das discussões, afirmando que as questões passam anteriormente pelo crivo de um determinado grupo pertencente ao próprio conselho, limitando assim a atuação desta instância, que apenas referendaria o que já foi previamente decidido. Isso significa que o conselho delibera sobre matérias previamente decididas, mas que precisam de seu aval:

Eu acho que a coisa vem, já vem meio que formada, já vem formatada e já vem resolvida. Por alguns membros do próprio grupo, tá. E chega nas reuniões é pra gente só votar. Algumas coisas são mais polêmicas, algumas pessoas são mais rebeldes, algumas pessoas vão e aceitam tão fáceis, dá um certo desconforto... Mas eu acho que todas as políticas que vêm, ou questões, por que normalmente o município manda as políticas que eles querem implementar e implantar né, pra ser aprovado aqui. Sejam alterações, sejam novas... Mas eu vejo que elas já chegam aqui pronta. Não sei se influencia, mas ela já vem pronta. Então de certa forma, eu percebo que isso não é muito discutido. Não tem... eu pelo menos nunca participei de discussão nenhuma, que a gente possa sentar e entender o que que tá sendo discutido. Eu acho que a maioria das pessoas não entendem muito. Vota por que são amigos, gostam do pessoal, acreditam num determinado né, numa determinada pessoa, admiram essa pessoa, e acreditam que ela tá falando a verdade, seja do governo, seja não. (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

A presença de questões supostamente pouco discutidas conforme sugere o depoimento acima suscita duas hipóteses. Por um lado, indica que as questões são colocadas como um conjunto de verdades, de maneira que sequer careçam de maior discussão, levando os conselheiros a aceitarem tal como verdade indiscutível, muitas vezes se abstendo de discussões mais profundas. Sob outra perspectiva, pode sugerir que questões são levadas ao conselho para avaliações rápidas, sem maior tempo para apreciações, valendo-se do pouco conhecimento por parte dos conselheiros e levando-os à deliberarem sem maiores debates.

Ambas as situações são prejudiciais à autonomia do conselho. Questões postas como verdades indiscutíveis reduzem a autonomia decisória, uma vez que a ideia de verdade inibe posicionamentos contrários à mesma. Da mesma forma, ao necessitar de rápida aprovação abre-se mão de discussões mais profundas e balizamento dos posicionamentos, sugerindo-se mais uma vez que há apenas um caminho possível, sob o manto de uma decisão dotada de uma suposta lógica irrefutável.

Além disso, este mesmo depoimento sinaliza um dado preocupante: decisões baseadas em relações de camaradagem. Ao se decidir com base na amizade e na boa fé do proponente, fere-se a condição da representatividade, segundo a qual os conselheiros deveriam perceber, compreender, articular e compatibilizar os interesses da população, fazendo prevalecer as proposições consensuais em prol da coletividade e em detrimento de questões particulares ou corporativas (SIQUEIRA, 2014 apud SIQUEIRA; COTTA; SOARES, 2015).

Ainda neste sentido está o depoimento de E12, que destaca a interferência de interesses pessoais na atuação dos conselheiros. Este depoimento corrobora o estudo de Zambon e Ogata (2013), que identificaram a existência de questões individuais e não coletivas no conselho:

[...] Mas às vezes tem algum interesse próprio né de alguma pessoa, acha 'ah, eu vou fazer isso ou aquilo que vai já beneficiar alguém'. [...] Mas no meu caso eu vejo assim, eu vejo muito mesmo o lado da sociedade entendeu, da comunidade em geral [...] Eu acredito que sim, nas decisões né, por que, se tem um grupo e tenta assim é, se aproveitar de alguma situação, justamente é pra se beneficiar e em outra área né, alguma área relativa ao que tá acontecendo. [...] Há muito embate quando se fala assim, é de, é... do grupo assim de usuário com o grupo do, dos representante do governo. (E12, Segmento Prestadores de Serviço).

Este dado torna-se relevante ao se considerar o prejuízo à população com a primazia de interesses próprios ou partidarismos (CRISTO, 2012). Novamente apontamos para problema na condição de representatividade no caso estudado, uma vez que ao agir em nome de interesses particulares, deixa-se de agir em prol da coletividade e, portanto, derruba-se tal condição.

Em contrapartida aos depoimentos supracitados, dentre os entrevistados que apontaram não acreditar na atuação de grupos no âmbito do conselho, um deles acentuou a dificuldade de que haja manipulação em razão do poder deliberativo do conselho:

[...] Muito difícil manipular, por que o grupo de conselheiro, é... são unido né. Quando a gente quer uma coisa, a gente reúne aqui e faz, e coloca em votação, e é votado. Mesmo que tem alguém contra, a maioria sempre ganha. Por que sempre tem alguém contra, que não aceita, procurar o poder, mas a maioria sempre prevalece. [...] Pode até que tenha né. Mas eu não acredito (E11, Segmento Usuário).

O depoimento acima reforça a importância do papel deliberativo atribuído aos conselhos municipais de saúde e previsto em lei, que a eles garante poder de debate e poder decisório (BRASIL, 1990b). Essa atribuição significa que o conselho tem a responsabilidade de discutir e decidir sobre as políticas de saúde a nível local (MARTINS, 2010). Assim, conforme dito por E11, mesmo que hajam opiniões divergentes sobre determinado ponto, estas serão discutidas e debatidas, sendo que ao fim, deverá haver uma decisão.

Por fim, embora a princípio a filiação partidária não se mostrasse problemática, no decorrer das falas foi possível detectar restrições na autonomia do conselho através de um processo de interferência política, sobretudo por meio da presença de questões político-partidárias, a atuação de classes políticas e a representação de entidades enquanto grupos atuantes. Caracterizou-se neste sentido problemas com relação à condição de representatividade, ao se constatar a possibilidade de utilização de empregos públicos (embora não haja evidência empíricas), comportamentos baseados em relações de camaradagem, pré formatação de discussões e interesses pessoais, embora um dos entrevistados tenha apontado a dificuldade de interferências em razão do poder deliberativo do conselho.

7.1.2 Relações do conselheiro com sua base de representação

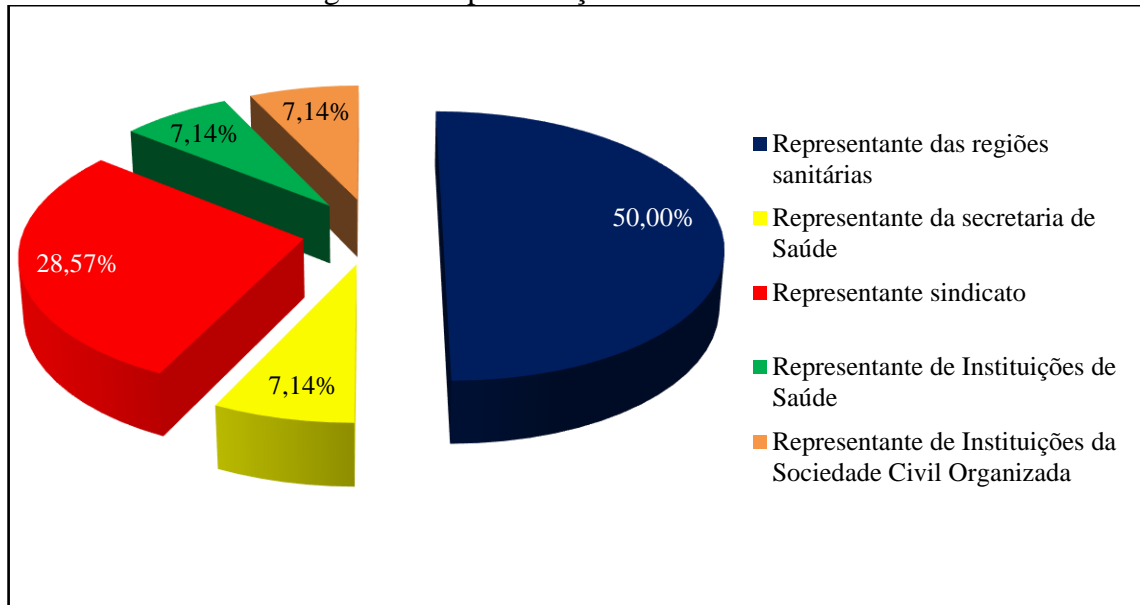
Chamamos de relações do conselheiro com sua base de representação o grau de interação entre o conselheiro e a instituição, categoria ou comunidade que o indicou ou elegeu, e que, portanto, representa (DUARTE; MACHADO, 2012).

Buscamos analisar, primeiramente, qual é a representação dos entrevistados, isto é, a entidade/ instituição que representam e se esta interfere de alguma forma em sua atuação enquanto conselheiro, como os entrevistados compreendem sua relação com a categoria a que pertencem (usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviço ou governo) e se há e qual a forma de comunicação entre ele e sua base.

A Figura 8 apresenta as entidades que os entrevistados representam. Importa notar que as entidades as quais representam cada um dos entrevistados estão apresentadas no Quadro 1

(supra). Ainda sobre a composição do conselho e sobre as entidades que têm espaço no conselho, ver Quadro 6 (supra).

Figura 8 - Representação dos entrevistados



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Conforme Figura 8, sete entrevistados representam regiões sanitárias de saúde e os demais instituições com assento no conselho. De acordo com Van Stralen et al. (2006), é importante atentar-nos às entidades que ocupam lugar no conselho, uma vez que as regras de representação delimitam as possibilidades de articulação entre democracia representativa e democracia participativa. Ainda de acordo com o autor, a natureza das entidades, de base territorial ou de caráter de classe ou temática, pode filtrar as demandas dos usuários (VAN STRALEN et al., 2006).

Compreendemos que para assegurar a sua representatividade é necessário que o conselheiro se mantenha sempre próximo e em constante diálogo com os membros da entidade que o elegeu ou o indicou, atuando como mediador, levando ao conselho as demandas e propostas, e retornando as discussões e decisões à entidade (SIQUEIRA; COTTA; SOARES, 2015).

No que diz respeito a esta relação entre conselheiros e sua respectiva base de representação, os entrevistados alegam tratar-se de um bom relacionamento, em prol da saúde, cujo pilar se baseia na compreensão das necessidades do município, conforme aponta E14:

[...] uma boa relação, uma boa compreensão e procuramos atender às necessidades, trazer as reivindicações das pessoas pra cá, pra que a gente possa, é, estar é... dando ciência à secretaria, também buscando soluções, né, outras medidas. (E14, Segmento Usuário).

A maioria dos entrevistados disse comunicar aos seus representados aquilo que é discutido no conselho (condição de representatividade), atribuindo sobretudo aos conselhos locais e regionais o papel de articulador na discussão da política de saúde com a comunidade, a exemplo do discurso de E14:

[...] nós temos as nossas reuniões mensais nos conselhos locais, regionais e mensalmente a gente transmite o que foi discutido aqui né, e busca também que o que é o anseio deles pra gente trazer como retorno. É assim que a gente faz. Aqui o conselho municipal, ele, ele tem como seu pilar né, de discussões, problemas que já foram levantados nesses conselhos, né, e aí chega num consenso comum e é trazido aqui na forma de pauta. Ou então dentro das comissões que já são, é um trabalho mais direcionado em saúde pra vários segmentos, seja saúde do trabalhador, ou idoso, é... a gestante. Então a gente procura ver quais são essas necessidades e trazer pra cá. (E14, Segmento Usuário).

Além disso, notamos que não só aqueles conselheiros que representam as suas regiões os consideram como formas relevantes de comunicação. Ao se apontar a importância destes conselhos locais e regionais como um canal de comunicação entre o nível municipal e a comunidade, é possível afirmar que estes contribuem para a democratização das relações entre poder público municipal e as comunidades locais, colaborando desta forma para a definição dos rumos da política de saúde na esfera local (MIRANDA; GUIMARÃES, 2013).

De acordo com Oliveira, Souza e Ribeiro (2005), os conselhos locais de saúde de Juiz de Fora surgiram como uma estratégia do poder público municipal para tentar garantir a participação dos cidadãos no conselho municipal. Ainda de acordo com os autores, é a partir destes espaços que as demandas da área de saúde da população juiz-forana devem ser discutidas e encaminhadas aos conselhos regionais de saúde e, posteriormente, ao conselho municipal, este sim de caráter deliberativo (OLIVEIRA; SOUZA; RIBEIRO, 2005)

O entrevistado E2, Segmento Governo, destacou que como forma de comunicar as discussões, são distribuídas cópias das atas das reuniões para cada um dos conselheiros, para que eles possam realizar os repasses e informar a todos sobre o andamento dos processos. Outros meios de comunicação foram também apontados pelos conselheiros, como a visita às pessoas da comunidade (E4, Segmento Usuário), site do sindicato (E5, Segmento Profissionais de Saúde), relatórios e mídias sociais (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

Esse feedback que os conselheiros oferecem à sua base, isto é, o repasse regular de informações para as instituições a qual representam, constitui-se em um dado positivo por apontar que, de certa maneira, a atuação do conselho repercute nas instituições, categorias e comunidades, dando a elas conhecimento das deliberações do colegiado (DUARTE; MACHADO, 2012).

Em contrapartida ao que aponta a maioria dos entrevistados, chama a atenção o depoimento de E10, representante de uma instituição da sociedade civil organizada (mais especificamente, um grupo espírita) que apontou que não há influência por parte da instituição a qual ele representa sobre suas ações no conselho, sinalizando assim um suposto distanciamento da representação, ao afirmar ter “carta branca” em suas decisões (sinalização para problema de representatividade):

[...] Não. Não. Eles me deram carta branca. Quando eu desci pra cá eles me deram carta branca pra eu decidir aquilo de melhor pra comunidade (E10, Segmento Usuário).

Se por um lado o depoimento de E10 sinaliza para a não representação, uma vez que a instituição “dá carta branca”, deixando as decisões totalmente pessoalizadas e permitindo-o decidir o que é melhor para comunidade, por outro lado, há um discurso que confronta a ideia de ação baseada em interesse do grupo representado, na medida em que os entrevistados mencionam agirem para o “bem da saúde”. Fazendo um paralelo ao que foi discutido na seção anterior, na qual constatamos atuações influenciadas por grupos, interesses e relações pessoais, podemos afirmar que se trata de um discurso de defesa do que certos grupos hegemônicos acreditam ser o “bem da saúde”.

Assim, podemos afirmar que os discursos dos entrevistados sinalizam no sentido da representatividade, indicando que embora tenhamos constatado na seção anterior e no depoimento de E10 problemas com relação a esta condição, verificamos que, no geral, os conselheiros estão próximos à comunidade, no sentido de estarem preocupados em transmitir a discussão, bem como captar os anseios dos representados no intuito de trazê-los ao conselho (SIQUEIRA; COTTA; SOARES, 2015).

Consideramos relevante ainda discutir o interesse das partes representadas em inteirar-se das discussões e questões tratadas pelo conselho. De acordo com os entrevistados, apenas aqueles cidadãos engajados em movimentos sociais ou mesmo os conselheiros locais e regionais tendem a demonstrar interesse pelas discussões que permeiam o conselho:

[...] Os conselheiros no caso locais, eles demonstram. Que a comunidade é muito difícil de você reunir elas todas, que eles ficam assim com aquele receio, acham que não vai dar no caso, solução naquilo que você está pleiteando né, então não são muito participativos não. [...] E a comunidade mesmo em si, ela não comparece na reunião (E10, Segmento Usuário).

Dentro do conselho local nós percebemos um engajamento maior dessas pessoas, que se envolvem com as atividades do conselho. Nosso conselho é bastante atuante né, sempre a gente tem conseguido levar pra comunidade as nossas respostas dentro do que eles cobram, mas assim, eu percebo que de um modo geral, a sociedade ela não se importa muito, ela não busca muito, é... [...] a participação é muito pequena dentro

dos conselhos né. Se restringe a pessoas que também são de movimentos de bairro né, que são mais politizadas, no sentido de aqui da prática (E14, Segmento Usuário).

Por outro lado, demais cidadãos alheios a esses movimentos não têm apresentado interesse nas discussões, abstando-se deste processo, o que aponta um baixo interesse e engajamento por parte da comunidade:

[...] Geralmente usuário nenhum tem interesse nenhum nisso. Eles só querem cobrar, o que tá sendo feito, o que que tá faltando. Isso aí eles sabem fazer (E11, Segmento Usuário).

Mais ou menos. [...] É, geralmente não procura saber (E12, Segmento Prestadores de Serviço).

É possível deduzir, portanto, que a comunidade a qual representam está marcada por dois grandes grupos. De um lado, cidadãos conscientes politicamente, sobretudo aqueles que já participaram de algum tipo de movimento ou engajamento comunitário. Do outro lado, aqueles cidadãos não engajados. Enquanto o primeiro grupo, de acordo com os entrevistados, tem se mostrado interessado nas discussões do conselho e em se fazer representar, o outro grupo se mantém afastado.

Todavia, é importante notar que embora os depoimentos dos conselheiros nos apontem que parte da comunidade se abstém da participação e não se mostra interessada, por outro lado, deveria haver um movimento do próprio conselho e dos conselheiros em estimular tais cidadãos, uma vez que o conselheiro possui um papel de mediador e, mais do que isso, assume uma função mobilizadora, de estímulo à participação popular na gestão pública (SIQUEIRA; COTTA; SOARES, 2015; CGU, 2012).

Neste sentido, é legítimo questionar se o desinteresse pela participação é resultado de um distanciamento dos conselheiros aos grupos por eles representados e a comunidade de forma geral. Há aqui uma crítica dos conselheiros quanto a um movimento “de fora para dentro”, isto é, da comunidade para o conselho. Entretanto, cabe destacar a necessidade de um movimento de “dentro para fora”, em que a comunidade possa ser cooptada a participar e se sentir representada. A importância deste estímulo à participação encontra também respaldo na literatura, que mostra que o conselho ainda é desconhecido por grande parte dos cidadãos, embora seja muito valorizado por aqueles que dele participam (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010).

Assim, embora os conselheiros tenham apontado a importância da comunicação com a base de comunicação, esse pouco interesse apontado nos relatos acima indica certo distanciamento entre os conselheiros e suas bases, notando-se que o envolvimento e o interesse

para com as questões envoltas ao conselho se restringe àqueles membros politicamente engajados de alguma forma, sendo que os demais cidadãos se mantêm à revelia do processo.

7.1.3 Relação entre conselho e gestão pública municipal

A abertura de canais participativos, tais como os conselhos gestores, por constituírem-se em abertura da gestão pública para a participação cidadã, são responsáveis por iniciar uma nova relação entre Estado e sociedade no país.

A forma com que o conselho se relaciona com a gestão pública municipal é um fator importante na análise do exercício do controle social, e mais especificamente no estudo da autonomia do conselho, isto porquê a maneira com que as atitudes da gestão municipal repercutem sobre este espaço participativo e o tipo de relação desenvolvida entre conselho e atores do poder público (tais como prefeito, vereadores e secretaria de saúde) são fatores importantes que demarcam o grau de subserviência ou de independência do conselho com relação a estes. Pretendemos então verificar se o conselho é ou não autônomo com relação à administração municipal.

De acordo com Justino Filho (2007), dados sobre a gestão da saúde pública no município agregam informações importantes ao conhecimento do ambiente político-institucional no qual está inserido o conselho. Assim, buscamos compreender como é a relação entre o conselho e o poder público, a fim de verificar de que forma os comportamentos, atitudes ou posicionamentos deste impactam ou influenciam as atitudes dos conselheiros ou o funcionamento do conselho.

Partimos do pressuposto que ao abranger o tipo de relação estabelecida, identificaríamos aspectos de autonomia e heteronomia no âmbito do conselho e, por conseguinte avançaríamos na compreensão do exercício do controle social realizado pelo conselho.

No que concerne à percepção sobre o relacionamento entre o conselho e o poder público, identificamos relatos muito diversos. Foi feito um esforço no sentido de organizar os depoimentos de acordo com os sentidos das respostas, havendo pelo menos três grandes percepções. O primeiro grupo descreveu a existência de uma relação mais pacífica entre conselho e poder público, na qual as decisões do conselho são respeitadas e não há qualquer tipo de tentativa de manipulação por parte do poder público. Um segundo grupo de conselheiros, cujos depoimentos foram intermediários quanto aos demais, identificam uma relação que passa pelo caminho da legalidade, havendo trocas entre ambos, e que embora respeitosa, passa por momentos de divergências. Houve ainda um terceiro grupo de entrevistados, que caracterizaram uma relação mais conflituosa, assinalando omissão por parte

do conselho em referência ao poder público, a manipulação das discussões no âmbito do conselho, a falta de retorno e as divergências entre ambos.

Os depoimentos de quatro conselheiros sinalizaram na direção de uma relação pacífica. Dentre estes, E2 e E11 apontam uma relação direta entre conselho e poder público, não havendo qualquer tipo de tentativa de manipulação do segundo sobre o primeiro:

É uma relação pacífica, de tudo, todas as decisões que são tomadas dentro do governo tem uma conversa com o conselho. Inclusive, teve uma última conversa, uma última reunião que teve no conselho, teve até a participação do prefeito, pra poder tá tendo aprovação do conselho de uma obra de uma UAPS, é bem tranquila a relação do conselho com a secretaria de saúde e com a, com o governo.[...] É sempre direta. A gente tem livre acesso ao prefeito e à secretaria de saúde (E2, Segmento Governo).

É ótimo. Muito bom [...] Sim, a gente com o prefeito, a gente se dá muito bem [...] E é muito bem recebido. Em todo lugar que ele vai. Muito bem aceito [...] Quando eles não pode ajudar, atrapalhar também eles não atrapalham não (E11, Segmento Usuário).

Esta relação livre de tentativas de manipulação representa um dos elementos centrais do próprio processo de deliberação pública, a não coerção, que deverá ser retomada novamente no decorrer desta dissertação. Compreendemos que não havendo manipulação, respeita-se a autonomia decisória do conselho, bem como de cada ator individualmente, o que é caracterizado também nos discursos de E8 e E9, que identificam o respeito das decisões do conselho por parte do poder público e a persistência do conselho nas suas propostas:

Olha, eu acho que é boa. [...] Por que assim, mesmo assim, diante tudo que você viu ontem, a nossa relação é boa. Né, o prefeito respeita bem as nossas decisões (E8, Segmento Usuário).

Eu acho que é bem ativa. [...] Por que pelos debates que eu vejo aqui, entendeu, eles são persistentes naquilo que se promete em fazer e segue cumprindo e tenta cumprir de qualquer jeito. Eles não aceitam. O conselho é muito rígido, entendeu. Corre atrás mesmo. Tentam bater de frente. Mas o conselho vai fundo naquilo, na proposta deles (E9, Segmento Prestadores de Serviço).

A partir das falas é possível perceber que o caráter pacífico da relação entre o conselho e o poder público municipal se dá pelas discussões profícuas entre as partes, bem como pelo respeito das decisões do conselho por parte do poder público, além da persistência do conselho nas suas propostas.

Os relatos de cinco entrevistados foram intermediários com relação aos demais, apontando uma “relação de convivência” entre conselho e poder público, isto é, nem totalmente amistosa, tampouco completamente conflituosa. Um dos entrevistados apontou que, embora seja uma relação institucional e respeitosa, há momentos de atritos, em razão de divergência de interesses:

Então nossa relação é uma relação institucional, de respeito, de tratos, mas temos momento aqui que às vezes... [...] Dependendo da situação a gente tem momentos que a gente às vezes se extrapola... Aí tivemos um certo atrito, mas é uma relação... Eu acredito que não é uma relação conflituosa... É uma relação passiva, tem... Lógico, você vai ter momentos que vamos divergir, vamos convergir. [...] Mas não é uma relação de agressão, nada disso não. É de posicionamentos (E3, Segmento Usuário).

Identificamos também uma relação de troca, na qual é importante que o conselho seja capaz de ceder em algumas situações, para que consiga atingir seus objetivos, reforçando a importância da busca pelo consenso, o que converge com o modelo de democracia deliberativa proposto por Habermas, que dá papel central as ideias de formação discursiva da vontade e “acordos” pela discussão (HABERMAS, 1995).

[...] Eles tem que ter um jogo de cintura muito grande. Por que é uma contrapartida. [...] Se o conselho, se o conselho municipal for assim querer bater de frente, não vai conseguir nada. Então tem que ceder né. E muitas das vezes eles espreme daqui, a gente espreme daqui, mas o o poder público ele, ele bate de frente...? Não, aí ele ele, eles já combinam. 'Não, nós vamos votar'. 'Não, nós não vão votar'. Entendeu?! Então as vezes para conseguir votar, o conselho tem que abrir a guarda (E4, Segmento Usuário).

Essa relação ela pode acontecer de conveniência ou não. Se você quer, ou se o prefeito quer colocar algo de interesse seu, você precisa ter essa, como você faz isso?! [...] E eles também têm essa influência na mesa diretora, apesar dela ser uma mesa é... e a secretaria executiva deveria ser remunerado, é... evidentemente que passa por uma questão assim... de favores. [...] O prestador vai com o governo, juntam os dois e o trabalhador fica com o usuário (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

O depoimento de um dos entrevistados apontou que a relação entre conselho e poder público caminha na direção do papel legal do conselho, isto é, há necessidade de que o poder público recorra ao conselho uma vez que todas as ações de saúde dependem de aprovação do conselho:

Eu não vou falar nem que é boa e nem que é ruim. É mais ou menos. [...] No caso do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora não. O que que acontece é o seguinte: [...] Hoje não é assim, hoje tem que passar tudo pelo conselho. E se o conselho não aprovar, não sai (E13, Segmento Profissionais de Saúde).

Este excerto da entrevista de E13 dá indícios do conhecimento dos conselheiros sobre o papel legal do conselho. Ao afirmar que “se o conselho não aprovar, não sai” (E13, Segmento Profissionais de Saúde), o entrevistado reconhece a importância da instituição de conselhos como condição para que o município receba recursos do Governo Federal para o desenvolvimento de uma série de ações de saúde.

Todavia, apesar deste papel legal do conselho e reforçando os argumentos apontados na seção 7.1.1 desta dissertação, de que o conselho é usado por questões partidárias, um dos entrevistados destacou a especificidade do período eleitoral:

[...] eu acredito assim, existe um, dois momentos, um período fora de eleição e o período de eleição. É... costuma essas, esses grupos né divergentes costuma ficar mais sobressair mais. A gente percebe mais as diferenças, as nuances. Mas de um modo geral, o conselho procura ter uma relação amistosa. Só que as vezes não é possível né, como a gente tá enfrentando uma crise econômica, as vezes só a justiça mesmo que soluciona né. Então acaba que o conselho ele tem que levantar né, alguns embates pra poder fazer prevalecer a vontade da população, né. E é a única ferramenta que se tem, pra gente ser ouvido. Mas assim, de um modo geral, eu acredito que procura-se ter uma boa relação, pelos secretários né, com os assessores, com o próprio prefeito. Depende deles quererem também. [...] Nós temos aí se você acompanhar as discussões com mais frequência você vê que as vezes chega coisa aqui que já foi até votado na câmara, sem ter passado pelo conselho, né, por que sabe que se chegar aqui não vai passar. Então... e isso não é só no conselho de saúde, vários conselhos têm essa dificuldade né. Então, é... eu acredito que, que ocorra isso sim. Até com mais frequência do que a gente imagina (E14, Segmento Usuário).

A fala de E14 sinaliza, mais uma vez, ações e comportamentos motivados por posições políticas determinadas pelo pertencimento a partidos políticos, reforçando o argumento proposto anteriormente de que embora a politização do conselho e dos conselheiros sejam importantes, verificamos a partidarização que é prejudicial (PERISSINOTTO; FUKS; SOUZA, 2003; DUARTE; MACHADO, 2012; LIPORONI, 2006).

Por último, cinco conselheiros destacaram uma relação mais conflituosa. Chama atenção as sinalizações de omissão por parte do poder público com relação ao conselho, a relação distanciada entre ambos e a falta de retorno por parte do gestor:

O conselho ele tem muito a, a receber do poder público. Eu acho que o poder público é omissor quanto ao conselho. Por que ainda acho que há uma boa distância entre o conselho e o poder público (E6, Segmento Usuário).

Em relação à saúde, eu vou colocar 60%, por que muitas coisas no caso, fica difícil vir retorno, é, pelo gestor. [...] Olha ela é pacífica, mas existe aquele, que são muitas unidades, então acho que é pelo seguinte, não dá no caso o suporte daquilo que todos os presidentes do conselho pedem. Mas a relação é pacífica, não tem divergência (E10, Segmento Usuário).

Estes depoimentos coincidem com o estudo de Magalhães e Souza (2015), que apontam para uma relação distanciada entre o conselho e o governo municipal. Ao ressaltar que o poder público é omissor com relação ao conselho e que a distância entre ambos ainda é grande, os entrevistados nos apontam que pode tratar-se de uma tentativa de esvaziamento do conselho por parte do poder público. Este esvaziamento pode ocorrer como forma de subtração do poder das lideranças representativas, quando estas se demonstram competentes para compreender e criticar a situação de forma autônoma (DEMO, 1993 apud SIQUEIRA; COTTA; SOARES, 2015). Ao se afastar deste espaço e se omitir com relação a ele, o poder público o enfraquece.

O discurso de E7 sinaliza a manipulação das discussões por parte do poder público, coincidindo com os estudos de Wendhausen e Caponi (2002), que identificaram no âmbito do conselho a legitimação de ações governamentais, em detrimento de avaliação e controle:

[...] As coisas já estão prontas, é aquilo que eu te falei, e que eu, e que as pessoas que estão de certa forma, num determinado posto né, do conselho no caso, ele já sabe o que o governo quer. E as vezes até para manter aquele posto né, eles fazem acordos que a gente não sabe (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

Mais uma vez aparece, conforme a fala de E7, a pré formatação das discussões. Quando se considera que esta relação acontece pela via da manipulação e que “as coisas já estão prontas” (E7, Segmento Profissionais de Saúde), concebe-se que o conselho tem um papel apenas de fachada, isto é, somente para legitimar questões já postas. Este dado sinalizaria na contramão da autonomia, uma vez que ao se “decidir sobre o que já está decidido” não se poderia falar em autonomia decisória.

Um dos entrevistados destaca que ora esta relação é de proximidade, ora não. Além disso, assevera que no geral não há divergências entre o poder público e o conselho, mas quando acontecem são atribuídas ao descumprimento de deliberações por parte da administração municipal:

[...] é ao mesmo tempo que ela é unida, ela é desunida [...] Aí já não existe aquela queda de braço. Mas quando começa a prometer né, talvez uma coisa que foi votada aqui, na reunião do conselho, e isso não tá sendo cumprido, aí é uma revolta. Tanto por parte dos prestadores, dos usuários, dos profissionais de saúde. Por que não tá sendo cumprido uma coisa que foi votada aqui, entendeu. Aí, nessa hora, há embates assim, e debates até calorosos aqui [...] ele age geralmente dentro do poder que lhe cabe né. [...] (E12, Segmento Prestadores de Serviço).

Assim, as análises aqui empreendidas sugerem que a relação pode ser compreendida por três vias e sob os seguintes argumentos: uma parte dos conselheiros indica uma relação mais amistosa, livre de manipulação e coerções e permeada de discussões virtuosas; uma segunda parte averigua uma relação de convivência na medida em que divergem-se interesses mas que sobretudo devem chegar a acordos pela discussão; e por último, uma relação conflituosa, quando da pré formatação das discussões e na medida em que o poder público se omite em relação ao conselho, e desrespeita suas deliberações. Por fim, apesar de não haver consenso entre os depoimentos dos entrevistados, das falas podemos extrair que de forma geral o conselho é em grande parte autônomo com relação à administração pública municipal.

7.2 Dinâmica deliberativa

No que tange à consecução dos objetivos deste trabalho, consideramos que a dinâmica do processo deliberativo do conselho é importante quando se pretende analisar o exercício do controle social no processo participativo, estando incluída na análise da dinâmica de funcionamento, participação e deliberações no âmbito do conselho.

Considerando a abordagem deliberativa adotada pelos conselhos de saúde, que se constituem em arenas de interação, debate e tomada de decisão (ABERS; KECK, 2008; KLEBA; COMERLATTO, 2011; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006), chamamos aqui de análise da dinâmica deliberativa do conselho a análise de como se dá o processo deliberativo, incluindo a análise das regras de funcionamento do conselho, os processos de debate, discussão e tomada de decisão nesta arena deliberativa.

7.2.1 Funcionamento do conselho e dinâmica das reuniões

A análise apresentada neste sub tópico tem como objetivo apreciar como se dão as reuniões do conselho, no intuito de identificar como é construído o processo deliberativo, identificando qual é a periodicidade das reuniões, o espaço físico para realização das reuniões, quais são os assuntos discutidos no conselho, qual é a dinâmica das reuniões e quem determina o que deverá ser discutido no conselho.

As reuniões do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora são realizadas na sede do conselho e acontecem, ordinariamente, duas vezes mensais, na quarta quarta-feira e quinta-feira de cada mês, às 19 horas, podendo também acontecer extraordinariamente quando da convocação pela mesa diretora do conselho ou pela maioria simples de seus membros.

O ritual das reuniões do conselho obedece ao disposto no Regimento Interno (Anexo A) e compreende, *ipsis litteris*:

- Verificação do quorum e abertura da reunião
- Discussão e deliberação da (s) ata (s) da (s) reunião (ões) anterior (es).
- Abertura da palavra ao público.
- Nas reuniões de Quarta Feira do C.M.S./JF haverá 10 (dez) minutos reservados ao pronunciamento do público de forma a permitir no máximo 02 (duas) inscrições por sessão, tempo este que será dividido entre os inscritos.
- As inscrições do público para as sessões plenárias, deverão ocorrer num prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas antes da realização da reunião, através de requerimento por escrito dirigido ao presidente do C.M.S./JF, não havendo discussão sobre o exposto e/ou matéria.
- Distribuição de processos para a elaboração dos respectivos pareceres por parte das comissões.
- Discussão e deliberação das matérias (15 minutos para o expositor podendo ser prorrogado por mais cinco para a conclusão.

- O número de inscrições será sugerido pela mesa e colocado para apreciação da plenária.
- Cada conselheiro terá 3 minutos para intervenção, cabendo reinscrição apenas quando for citado por um tempo de um minuto.
- Tempo para resposta do expositor 15 minutos, podendo ser prorrogado por mais cinco para conclusão.
- Leitura, discussão e deliberação dos relatórios das comissões permanentes e/ou provisórias obedecerá ao tempo máximo de 03 (três) minutos após a leitura o relatório deverá ser entregue a mesa diretora
- Leitura do expediente, comunicações, requerimentos, moções, indicações e proposições. Deverá ser observada a apresentação em um tempo máximo de 03 (três) minutos por cada órgão integrante do CMS/JF.
- Ficará sob a responsabilidade da Mesa Diretora do C.M.S./JF o controle do tempo de cada pronunciamento na reunião.
- No decorrer das discussões serão permitidas duas inscrições referentes ao tema para os que não tem assento no conselho, com o tempo de três minutos para cada inscrito.
- Os formulários dos pontos de pautas para as reuniões subsequentes serão recolhidos antes do término de cada reunião, não serão acolhidos formulários entregues posteriormente, para as reuniões de quarta-feira serão pautados dois pontos.

Todavia, cabe notar que apesar do que consta no regimento do conselho sobre a realização de duas reuniões mensais, no período de análise aqui considerado que transcorre da primeira à última reunião da gestão analisada, houveram meses sem a realização de encontros, além de ocasiões com apenas uma ordinária. Foram também realizadas cinco reuniões extraordinárias no período analisado

Através das observações de campo, pudemos constatar que todas as falas das reuniões do conselho são gravadas e posteriormente transcritas integralmente para composição das atas. No que diz respeito à infraestrutura do conselho, este conta com sede própria e auditório apropriado para realização das reuniões, dispondo de recursos audiovisuais e painel que notifica quando do limite de tempo de fala de cada pessoa.

Quanto à distribuição física do espaço, há uma mesa à frente da sala reservada aos membros da mesa diretora, sendo que os demais conselheiros se sentam enfileirados e de frente para esta mesa. Há também espaço reservado para se fazer o uso da palavra, chamado pelos conselheiros de “tribuna”. Rocha et al. (2012) chamam atenção para esse formato, que parece

pouco favorável à participação efetiva dos conselheiros e não é apropriada a uma discussão em grupo.

Com relação aos assuntos discutidos, tratados e deliberados no conselho, houve uma variedade de apontamentos, dentre os quais podemos destacar os seguintes temas como centrais: medicamentos, médicos, especialidades médicas, saúde bucal, falta de funcionários, falta de leitos, infraestrutura e resoluções administrativas. Esta identificação do que se discute no conselho tem o objetivo de, além de delimitar quais os principais tipos de assunto, identificar se são de fato considerados de relevância pública, pela ótica dos conselheiros. Esta análise encontra respaldo em Perissinotto, Fuks e Souza (2003), que afirmam que a análise do processo decisório envolve não só “quem” e “como” se debate e delibera, mas também “o quê” ocupa maior espaço na pauta das reuniões.

Esta heterogeneidade de temas identificados coincide com os achados de Cotta, Cazal e Martins (2010), segundo os quais os conselheiros apontaram a diversidade de temas das reuniões, abordando desde a promoção da saúde até a prestação de contas. Cotta, Cazal e Martins (2010) assinalam ainda que, segundo os entrevistados, discute-se no conselho ações e serviços de saúde, assuntos relacionados à saúde de forma geral e, ainda, assuntos de interesse da Secretaria Municipal de Saúde.

Chama atenção o relato de E14, que, ao descrever sobre os assuntos discutidos no conselho, assinala que estes são de tamanha relevância pública que inclusive a sociedade deveria se preocupar e se inteirar mais sobre os debates. Este apontamento reforça a discussão iniciada na seção 7.1.2 desta dissertação, quando assinalamos que há uma parte da comunidade que é pouco engajada, e que não tem mostrado interesse em se aproximar do conselho:

Em geral o que nós tratamos aqui no conselho municipal são, é... resoluções administrativas que de uma forma geral, elas impactam a vida do usuário [...] As vezes é uma denúncia que teve com relação a uma entidade né, que precisa ser encaminhada uma nota ou um, um parecer sobre isso né. [...] Tem vários, várias comissões, cada uma direcionada pra um segmento da sociedade. Elas apontam os problemas e o conselho dentro do que essa mesa diretora entende que é importante pra aquele momento, a gente faz uma discussão. [...] O que a gente tem debatido mais é a questão do atendimento. A precarização do atendimento pela falta de contratação, exigência cada vez maior sobre os funcionários das unidades e cada vez menos recursos dados a eles. Então essa é uma discussão predominante. Mas é... acaba tudo se resumindo a recurso financeiro né. [...] Olha, é... eu gostaria até que a sociedade ela se preocupasse mais com esses assuntos que são debatidos aqui do que, como eu te falei, como eu respondi sobre o segmento e a relação né, as pessoas elas procuram pouco informar. [...] As pessoas as vezes elas não se preocupam com isso e isso afeta demais a vida delas né. Então, é... eu acredito que os assuntos são relevantes sim, mas assim, falta um pouco do interesse do público alvo né. [...] (E14, Segmento Usuário).

Após analisar sobre o que se discute no conselho, buscamos compreender a forma como se discute. No que diz respeito à dinâmica das reuniões do conselho municipal de saúde de Juiz

de Fora, de forma geral, os entrevistados a caracterizaram da seguinte maneira: as reuniões acontecem duas vezes por mês, com várias pautas a serem discutidas, com registro em ata e caráter participativo, na qual as pessoas podem se manifestar e os conselheiros têm voz e voto. Os trechos abaixo correspondem à caracterização das reuniões:

A reunião do conselho municipal, ela tem várias pautas né. [...] Então é bem proveitosa e eu acredito que também é bem proveitosa e facilita muito o poder judiciário né, a prefeitura, a secretaria de saúde. [...] Que é a falta de medicamento, a falta de insumos, a falta de médico, a falta de profissionais e demandas de consultas especializada. (E6, Segmento Usuário).

[...] Normalmente, tem uma pauta. E uma semana antes da reunião do conselho, todos os conselheiros recebem essa pauta. Do que vai ser falado naquele dia. E aí a gente vem pra cá, o pessoal fala e depois tem as perguntas. Os conselheiros fazem essas perguntas. Nem todos fazem, mas... a grande parte faz perguntas. (E13, Segmento Profissionais de Saúde).

Considerando, conforme revisão de literatura, o controle social compartilhado como um processo permanente de deliberação partilhada entre os representantes do poder público local e da sociedade civil organizada, no qual os cidadãos têm o direito de participar e agir (GOULART, 2011; MAGALHÃES; SOUZA, 2015), compreende-se que as deliberações do conselho deveriam em princípio ser livres de coerção, uma vez que a ausência desta se constitui como um dos elementos centrais do próprio processo de deliberação pública (MAIA, 2008). Todavia, um dos entrevistados chamou a atenção para possibilidade de “vencer o usuário pelo cansaço” para aprovação de determinadas matérias, o que se caracteriza como um dado preocupante e que fere o princípio da ausência de coerção:

Oh, as reuniões, elas acontecem de forma, aqui você tem ata, você tem gravação, e nós começa as vezes também são tendenciosas como que, quando eu quero aprovar alguma coisa, eu, eu canso o usuário. Eu faço com que o usuário fique cansado, por que muitas vezes o usuário mora longe, e, e eu preciso provar e quem tá contra vai embora mais cedo, mesmo quem, mora longe vai embora mais cedo e eu fico com a maioria pra aprovar algumas coisas. As reuniões elas são legais, eu acho importante, participativa [...] As reuniões são tarde, são pessoas que já trabalhou, às 19 horas. Mas é uma vez por mês né, duas vezes por mês mas acontece... e tá num nível, eu acho adequado, adequado... [...] (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

Ao analisar a fala acima, podemos afirmar que os próprios conselheiros fazem uso do fato dos pares morarem longe para aprovar algo às pressas, o que soa incoerente quando tomamos como referência os próprios fundamentos do conselho. Além de coagir, culmina-se na transferência de responsabilidade entre eles próprios, delegando a quem sai mais cedo a responsabilidade sobre as ações aprovadas, aumentando ainda as chances deste conselheiro não se manter enquanto tal, em razão desta consequência negativa.

Com relação ao processo discursivo, embora a maioria dos conselheiros tenha ressaltado o grande volume de discussões (a exemplo de E9, abaixo), chama-nos a atenção o apontamento de E7, que considera que ainda há pouca discussão no conselho:

Tem, tem vez que tem muitas discussões mesmo que eu fico assim até... Pelo assim, o tempo que eu estou aqui, então tem coisas que eu pego assim que eu fico até assustada, entendeu?! E são que o pessoal da mesa debate mesmo e não aceita qualquer coisa. Eles têm que mostrar tudo que eles, que estão sendo falado [...] Tem que mostrar por que que tá ali dentro, entendeu. Demonstrar direitinho, por que se não, não é aceito, não é aprovado não. E tá certo... Eu acho que é isso que a gente tem que ter. [...] (E9, Segmento Prestadores de Serviço).

Ah, elas têm uma ata, eles seguem a ata, eu acho que na hora da reunião eles aparentemente são liberais, as pessoas podem manifestar, qualquer pessoa, principalmente os conselheiros, né, que tem voz e voto. [...] Eu só acho que as coisas são pouco discutidas... A gente não entende muito, é muito pouco [...] não dá tempo, né, da gente aprofundar né. A gente teve um caso agora que foi apresentado, eu realmente, eu fui depois conversa: 'ô pessoal, eu não entendi nada'. Por que pra mim tem muita coisa em dúvida, e eu acredito que muita gente tenha, e não, uns não têm coragem de falar, outros falam de forma atravessada, establanadamente, agressivamente, né, por algum motivo. Mas eu acho que não se aprofunda naquilo né. [...] tem que ser mais claro, né. Mais transparente, para a gente entender. [...] (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

Ao contrastarmos estes depoimentos, verificamos que embora grande parte dos entrevistados apontem que há um processo de discussões abundantes no conselho, encontramos discursos que asseveram que estes debates são restritos, que as decisões são pré formatadas e que há pouco tempo para estas discussões. Reforça-se o argumento da presença de possíveis grupos hegemônicos, fazendo com que haja supostamente uma ditadura da maioria. Por outro lado, ao cruzarmos os dados, constatamos que E7 é um dos membros novatos no conselho, com apenas um ano de atuação, o que faz suscitar a hipótese de que membros mais antigos podem fechar-se a discussões, fazendo com que membros recém-chegados se sintam excluídos deste processo.

Complementarmente, a escassez de discussão, conforme ressalta E7, é um apontamento importante e que se associa à presença de relações democráticas, que será discutida posteriormente, posto que a ausência de diálogo em uma instância participativa torna-se preocupante ao se pensar a mesma como espaço próprio para discussão e diálogo (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002). Além disso, E7 reafirma sua percepção sobre o pouco tempo existente para se aprofundar nas questões, reforçando o argumento lançado na seção 7.1.1, quando constatamos que os assuntos são levados ao conselho para avaliações rápidas, promovendo explanações breves que resultam em deliberações favoráveis (LIPORONI, 2006).

Mais do que isso, assinala-se também que muitas das questões lançadas no conselho são passíveis de dúvidas e que boa parte dos conselheiros se sentem inibidos de manifestarem-se.

Chama atenção ainda quando aponta que alguns “falam de forma atravessada, establanadamente, agressivamente” (E7, Segmento Profissionais de Saúde), corroborando o argumento de Marques (2009) quando este sentencia que a falta de habilidade para usar racionalmente a linguagem pode se constituir em uma barreira no engajamento na deliberação.

Ao caracterizar a dinâmica das reuniões, um dos conselheiros chama a atenção para possibilidade de pedido de diligência, previsto no regimento interno, que seria a forma prevista legalmente para que os conselheiros possam esclarecer suas dúvidas no processo:

[...] A gente tem um ponto de pauta, a gente traz um representante do governo que vai expor esse ponto, o seu ponto de vista, o que que é que o governo acha aquilo viável, interessante, e depois num segundo momento é dado oportunidade àqueles que quiserem falar, né, de acordo com o que tá previsto no regimento, ele se manifesta, expõe sua opinião e depois é feito uma votação. Nessa votação a gente levanta o cartão se for a favor, se for contra não levanta né. Tem os momentos certos, e de acordo com o que for deliberado aí consta em ata e a gente envia para o órgão competente a resolução que foi tomada [...]. Em alguns casos não há consenso então a gente pede vistas do processo e aí o processo de discussão é interrompido, né, para que ambas as partes possam analisar melhor e numa outra ocasião poder retomar a discussão. [...] (E14, Segmento Usuário).

Conforme consta no regimento interno do conselho, compete aos membros integrantes do plenário solicitar diligências em processo no qual seu entendimento não esteja suficientemente instruído. Trata-se assim de requerimentos realizados no intuito de esclarecer algo ou provar algum ponto e que gera a obrigatoriedade de interrupção da discussão.

Após analisar a dinâmica das reuniões, torna-se relevante compreender quem determina os assuntos a serem discutidos nas reuniões, uma vez que a “definição da pauta é um passo fundamental para o andamento das plenárias, tendo em vista que são os assuntos considerados relevantes, por parte de quem a define, que entram em discussão para votação em assembleia” (ALMEIDA, 2009, p. 62).

Identificamos que não há consenso quanto à definição das pautas, o que pode indicar uma distribuição não regular ou clara. Este fato pode ser justificado pela própria falta de clareza regimental, uma vez que o regimento interno do conselho não traz definições quanto à elaboração de pautas das reuniões.

Van Stralen et al. (2006) consideram importante identificar quem define a pauta das reuniões, uma vez que este é um dado que pode assinalar possíveis restrições à autonomia do conselho. Este aspecto está relacionado ao que Cunha (2009) chama de capacidade de agenda, que se refere à habilidade ou possibilidade dos diferentes participantes das reuniões do conselho proporem temas ou questões para debate.

Cinco conselheiros apontaram que os assuntos são definidos pela plenária na reunião anterior, o que corrobora o estudo de Van Stralen et al. (2006), que também identificaram que entre os nove municípios estudados, em três a plenária decidia o que seria discutido na reunião seguinte. Além disso, um dos entrevistados (E4) destacou que os assuntos a serem pautados provêm da demanda da população, que são identificadas através das reuniões dos conselhos locais e regionais:

Geralmente as pautas das reuniões já são discutidas no final da reunião anterior... Aí então, por que... os grupos já pedem encaminhamento pra discussão da pauta da próxima reunião (E1, Segmento Usuário).

O próprio plenário do conselho. Eu posso te mostrar, eu acabei de fazer uma revisão dos pontos pendentes. Então, antes, hoje antes de terminar a reunião, você vai poder observar que eu vou chamar a atenção da mesa e dizer: 'olha, precisamos definir'. Já temos alguns pontos pré-estabelecidos. [...] Então a gente vai colocar os pontos. Eu faço uma leitura, e os conselheiros votam o que que nós vamos discutir. Em junho, perdão, em julho de 2016. (E3, Segmento Usuário).

Nós temos uma pauta, entende?! O que é que vai ser discutido nas reuniões. Quer dizer, então a gente traz, por que, é, a gente tem o conselho local, o conselho regional e é desses conselhos que a gente traz aqui para dentro a, os problemas pra gente poder resolver. (E4, Segmento Usuário).

Embora não seja possível caracterizar claramente como são formadas as pautas no caso em análise, podemos afirmar que o fato de serem definidas pela plenária ou advir das demandas da população, como compreendem seis dos entrevistados, indicaria que o conselho tem um esforço para captar as demandas que emergem na comunidade e que são trazidas pelos conselheiros enquanto representantes desta, tornando o conselho um espaço para debate, apresentação de propostas, tomadas de decisão direcionadas a esta demanda e acompanhamento e controle destas ações.

Todavia, há sinalizações quanto ao poder do segmento governamental na definição dos itens de pauta. As falas a seguir sugerem que o conselho pode se transformar numa forma de legitimação do discurso do governo (OLIVEIRA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2010), isto é, ao invés de utilizar o conselho como um espaço para canalizar e discutir as demandas da população, membros governamentais poderiam utilizá-lo como forma de avaliar decisões sob o pretexto da participação social:

Não, isso aí mesmo é com consentimento de todos. É por quê assim, geralmente os assuntos que são tratados no conselho geralmente vem mais do segmento governo, que tem a ver com o poder público municipal. (E2, Segmento Governo).

Eu sempre peguei a pauta pronta, eu acho que eles têm questões relacionadas com o próprio município, da saúde pública, alguns chegam pelo próprio governo. Eu acredito que eles colocam algumas questões que eles querem rever. Algumas eu acho que há uma, um encaminhamento daqui pra lá, e eles devolvem e a gente tem que discutir.

Só que eu ainda acho que a gente discute pouco. E, eu não vejo que as pautas, eu ainda não vi que as pautas saem daqui, do conselho. Eles têm muita demanda que talvez venham já de muitos anos. Eu percebo que quando um fala, fala assim: 'mas isso nós estamos discutindo tem 5 anos que eu tô aqui e isso vem e volta, vem e volta'. Quer dizer, são pautas antigas que o governo vai, muda o governo, vem, traz, muda a proposta, sabe. Então as coisas não caminham muito. E isso é coisa que o governo faz pra gente num andar né, eu acho né. (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

Esta percepção sugere que a condução das reuniões, a definição quanto à dinâmica de funcionamento e o poder concentram-se, na visão de alguns entrevistados, no segmento governamental (ROCHA et al., 2012). Este entendimento de que é o governo quem detém a capacidade de agenda, condiz com os resultados encontrados por Cunha (2009), que sugerem que no ano de 1997 na média os representantes do governo possuíam maior capacidade de agenda, em conselhos de assistência social, e com os resultados de Cotta, Cazal e Martins (2010) que verificam a predominância do segmento do governo na definição dos assuntos a serem discutidos.

Notamos que E7 reforça novamente seu argumento a respeito de uma pré formatação das discussões, depoimento este que se assemelha ao de um dos entrevistados por Cotta, Cazal e Martins (2010), que aponta que “as pautas vêm prontas, apenas para serem votadas, por isso elas não são discutidas previamente” (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010, p. 2442).

Embora não conste no regimento interno do conselho como atribuição da mesa diretora a definição das pautas, cinco entrevistados apontaram que é esta quem determina os assuntos a serem discutidos:

A pauta aqui na verdade é, quem determina mesmo é a mesa diretora. A mesa diretora coloca aí em votação a pauta. E ela se submete ao plenário. Muitas vezes ela se submete ao plenário, igual quando é uma pauta de urgência, que não tem nada de urgência por que a gente vê, muitas das vezes ficam querendo trazer as coisas encima da hora pra poder aprovar a qualquer custo. 'Não posso, por que se você não aprovar, aí... A comunidade, a gente vai perder isso, vai perder aquilo'. Quer dizer, as pessoas menos esclarecidas ficam sensibilizadas e, evidentemente acaba acompanhando o governo, porque acha que ele vai ser culpado pelo fato de alguém, de algum usuário perder. Que muitas das vezes não é perder. É perder hoje mas ganhar lá na frente, com qualidade, com nível assistencial e tal. (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

Aí já parte da nossa mesa diretora. Nós temos aqui uma mesa diretora e ela é atuante. Então ela que, no caso as pautas, todas são discutidas por ela. Eles podem no caso, pleitear, no caso, pedir um ponto de pauta. Mas a pauta é totalmente parte da nossa mesa diretora. (E10, Segmento Usuário).

Um dos entrevistados pondera que a mesa diretora é que decide o que vai ser discutido, pois é esta a responsável pela coordenação, isto é, pela análise dos pedidos de pautas provindos dos conselhos locais, regionais e das comissões temáticas, organizando estes pontos em torno da urgência e das prioridades:

[...] Existe uma mesa diretora, que coordena os trabalhos, essa mesa ela analisa os pedidos de ponto de pauta que vem dos conselhos e das comissões. Então dentro da análise, o que eles entendem que é mais urgente, eles montam uma espécie de calendário de discussões, né, e aí eles vão colocando mês a mês uma temática, dentro da prioridade né. Eles vão programando. Ocorre de ter um projeto de lei que tá tramitando na câmara, é.. para ser votado amanhã, e aí acaba tendo que alterar o ponto de pauta pra poder se discutir essa lei por que ela não passou por aqui. Então as vezes é a mesa diretora que decide quem que, o que que vai ser discutido.[...] (E14, Segmento Usuário).

Houve ainda um apontamento de que não há especificamente alguém responsável pela definição das pautas, mas que os assuntos podem ser trazidos tanto pela ouvidoria de saúde, como pela secretaria executiva, pela presidência ou por qualquer conselheiro:

Olha, geralmente aí, depende. Aqui, às vezes pode ser a ouvidoria de saúde, que pode trazer alguma coisa para discutir, pode ser aqui o secretário executivo, pode ser proposta aqui, o proponente da reunião pode ser a própria secretaria de saúde, pode ser o presidente do conselho municipal... Todos essas pessoas tem, até o próprio conselheiro pode sugerir uma pauta daquela reunião, ou um assunto a ser tratado naquela reunião. [...] Geralmente tem uma abertura né, aonde fala o secretário executivo, fala a ouvidora, fala a presidente do conselho né, e as vezes quando está também o secretário de saúde, que ele é conselheiro nato, né, o secretário de saúde. Mas geralmente quem fica, é, ali articulando quem vai falar, tirando as posições são, é a presidente do conselho. Presidente do conselho. (E12, Segmento Prestadores de Serviço).

Chama atenção quando o entrevistado aponta que “até o próprio conselheiro pode sugerir uma pauta [...]” (E12, Segmento Prestadores de Serviço), dando a entender que esta não seria uma prerrogativa do mesmo, ou até mesmo que seria uma “concessão de favor” por parte daqueles responsáveis por elaborar a pauta.

Por fim, com relação ao funcionamento do conselho e à dinâmica das reuniões foi possível realizar algumas constatações. Averiguamos que a periodicidade das reuniões cumpre ao que exige a legislação, isto é, mínimo de uma reunião mensal. Embora o conselho conte com estrutura física própria e instalações necessárias ao seu funcionamento, consideramos que a disposição física do espaço reservado às reuniões talvez não seja a mais apropriada para a participação. As discussões seguiram nos eixos de “o que se discute”, “como se discute” e “quem define o que se discute”. Pudemos constatar que os assuntos são bastante heterogêneos e de grande relevância pública. Apesar do caráter participativo e dos depoimentos da maioria dos entrevistados terem apontado abundância de discussões, preocupam as sinalizações de tentativas de coerção, falta de debates profícuos, falta de tempo para discussão, permanência de dúvidas e de barreiras criadas pelo uso da linguagem. Ainda que não tenha sido possível definir como são formadas as pautas, assinalamos que este é um dado importante por determinar quem define os assuntos que entrarão em discussão, destacando a importância de que estes provenham da demanda popular.

7.2.2 Decisões

Após analisar o funcionamento do conselho e a dinâmica das reuniões, buscamos identificar como se dá o processo deliberativo, de forma a compreender como as decisões são tomadas e se de fato as deliberações são validadas e se são ouvidas, isto é, se o conselho tem voz e poder de decisão. Temos o intuito de verificar como é construído o processo decisório, bem como se essas decisões são respeitadas e surtem efeito.

De forma geral, os entrevistados caracterizaram o processo decisório como um momento de amplo debate e discussão, no qual os conselheiros têm direito à fala e voto, as decisões são sempre tomadas em grupo de forma que as propostas sejam apreciadas e votadas pela plenária, aprovadas pela maioria e transformadas em resolução, conforme descrevem os excertos abaixo:

Por votação. É aplicado, a gente discute a pauta, discute, discute o que tá sendo discutido, o que tá sendo colocado em pauta e coloca-se em votação. E é votado. Dependendo do assunto que for tem [discussão]. Outros não. Outros ficam mais fácil. Por que a gente todo mundo vê que a gente precisa daquilo, aí fica mais fácil. O que, o que dá debate as vezes demora. (E11, Segmento Usuário).

Toda decisão aqui ela é feita por meio de votação como eu te expliquei. Há um momento em que a gente ouve uma parte interessada, depois a outra e dentro, depois que há o esclarecimento das dúvidas por parte do representante do governo ou de um vereador, de uma entidade que vem aí convidado para abordar o assunto em pauta, a gente procede a votação né. E é respeitado democraticamente né, pelos critérios da democracia o mais votado é que vence, seja o sim ou não. [...] dependendo do tema, tem alguns temas que são mais polêmicos a discussão é mais acalorada né, e alguns temas são mais tranquilos de lidar. Mas há um debate saudável né, um... poucos momentos, raros os momentos ocorrem assim uma exaltação maior né. Eu acho que tá tudo dentro da normalidade. Então o processo aqui é mais de falar e ouvir mesmo. (E14, Segmento Usuário).

Ao caracterizar este processo decisório, o presidente do conselho (E8) chamou atenção para possibilidade de ad referendum, procedimento previsto em regimento e que consiste em tomada de decisão em caráter de emergência pela mesa diretora do conselho e que se sujeita à aceitação posterior por parte do plenário. O entrevistado E8 ressalta que embora se trate de um procedimento legalmente permitido, tem sido evitado na atual gestão, por se tratar de um procedimento que tende, de certa maneira, a suprimir a voz do plenário:

Junto. Junto. Aqui tem uma coisa [...] que é chamado ad referendum. [...] Por exemplo, reúne a mesa, aí reúne com aquele grupo e assina, entendeu, aí faz o que tem que fazer, e depois vai pro plenário. Pro plenário dizendo que foi feito o ad referendum, aí o plenário aprova. Por que que eu não concordo? Por que se eu já fiz o ad referendum, pra mim é, a voz do plenário ficou de fora. Entendeu? Então eu não concordo. Isso é uma coisa que eu não concordo. Então eu nunca fiz ad referendum. (E8, Segmento Usuário).

Embora E8 tenha ressaltado que nunca realizou ad referendum em sua gestão, na análise das atas encontramos algumas referências quanto a este. Na reunião A3, realizada em 04/12/2013, abre-se a possibilidade da realização deste procedimento, ao aprovar o calendário de reuniões para o ano de 2014, com recesso no mês de janeiro, prevendo o ad referendum no caso de matérias urgentes e imprescindíveis.

Na reunião A4, realizada em 05/12/2013, identificamos a realização de dois procedimentos deste tipo: a “Validação dos indicadores do Pacto Pela Saúde: 2013, 2014 e 2015” e a “Campanha de Cirurgias Eletivas – PT – MS – GM N° 1557 de 31/07/13”, tendo sido ambos aprovados pela plenária mediante ad referendum. Também foi identificada a realização desta estratégia na reunião A13, realizada em 26/06/2014, quando se aprova o “Plano Municipal de Investimento de Vigilância em Saúde”.

Ao aprovar determinada matéria mediante o pretexto de ad referendum, abre-se mão do parecer prévio do conselho em assuntos que necessitariam a princípio de sua aprovação, na maior parte dos casos sob o argumento do caráter de urgência. Assim, a matéria é colocada para o conselho já na sua fase de execução, devendo este emitir parecer favorável ou não. Cabe destaque a realização de procedimentos deste tipo, pois, ainda que tenha sido realizado apenas três vezes durante o período de uma gestão, é um artifício que tende a suprimir a voz do plenário, conforme aponta o próprio entrevistado.

Para terem força, é necessário que as decisões do conselho sejam documentadas e publicizadas. Assim, entre os documentos produzidos pelos conselhos e com o intuito de tornar públicas suas decisões ou outras manifestações de seu interesse, estes fazem uso de três tipos de deliberações, que são as resoluções, recomendações e moções (BRASIL, 2013b). Neste sentido, E3 destaca as resoluções do conselho:

[...] O plenário é que vota, né. É votado e elas são pelo, pela maioria, né. Então a partir dali é uma deliberação. Quando o assunto ele fica ainda por um, pra um segundo momento, eu não transformo em resolução. Então todas as deliberações do conselho conclusas são transformadas em resolução, em todo o seu ordenamento jurídico, partindo da constituição, da legislação do sistema, da nossa legislação, é colocado a sua resolução e ela vai ser assinada pela presidente [...] e homologada pela secretária de saúde. Então as deliberações do conselho, conclusas, de imediato eu faço a resolução e aí essa resolução ela tramita. Quando não é, ela vai ficar pendente, como é o caso das unidades de pronto atendimento, da gestão, por que haverá um segundo momento. [...] (E3, Segmento Usuário).

A resolução é uma decisão de caráter geral que estabelece normas a todos aqueles diretamente relacionados ao seu conteúdo, devendo obrigatoriamente ser homologadas pelo chefe do Poder Executivo em até trinta dias (BRASIL, 2013b). Além da resolução, citada por E3, temos ainda as recomendações e moções. A recomendação aborda assuntos específicos,

sendo uma sugestão, advertência ou aviso a respeito do conteúdo ou da forma de execução de uma política ou ação de saúde (BRASIL, 2013b). Já as moções são uma manifestação de aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato (BRASIL, 2013b).

O depoimento de um dos entrevistados ainda nos aponta dois possíveis problemas com relação às decisões: problemas quanto à escuta, temática a ser abordada no tópico 7.3.2 deste estudo, e a possibilidade de as decisões serem influenciadas ou direcionadas pelo comportamento do grupo:

Ah, normalmente eles trazem as questões da pauta e eles fazem um, eles põem, dão liberdade de algumas pessoas falarem, algumas são escutadas, isso eu percebo, outras não. E são muitos... E depois eles põem em votação, se tem alguma, alguma pessoa que faz alguma proposta né. E então quando há alguma proposta clara, e aí todo mundo vota. Mas eu tenho percebido que todo mundo vota na mesma coisa. Vai na mesma direção. E eu ainda não posso te falar por que. Eu não entendo ainda por que. As vezes a gente não vota por que a gente não tem ainda muito conhecimento, mas eu vejo que o povo todo vota. Eu não sei se eles já têm, então já conhece, já sabe o que que vai dar, então eles votam num, numa determinada posição. Mas eu também não, não consegui chegar a nenhuma conclusão. (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

O depoimento de E7 sinaliza que os posicionamentos individuais tendem a ser influenciados pelos pares, ao apontar que “todo mundo vota na mesma coisa” ou “vai na mesma direção” (E7, Segmento Profissionais de Saúde), o que reforça a ideia de uma atuação passiva por parte dos conselheiros quando estes se isentam de um questionamento mais amplo a respeito dos temas. Além disso, reforçamos o argumento exposto na seção 7.2.1, extraído do depoimento do mesmo entrevistado, quanto à possível atuação de grupos hegemônicos.

Após verificar como os conselheiros compreendem o processo deliberativo, caracterizando as discussões e tomadas de decisão, estudamos a voz e poder de decisão do conselho, verificando se as discussões e deliberações se fazem ouvir para além dele próprio. Dez entrevistados disseram acreditar que o conselho tem voz e poder de decisão, indicando que parte significativa dos conselheiros acreditam que este seja efetivo no cumprimento de seu papel deliberativo, que corresponde à prerrogativa de decidir sobre as estratégias utilizadas nas políticas públicas de saúde (CGU, 2012):

Tem. Tem. [...] É levado a frente... [...] É por causa das atas das reuniões que depois a gente tem uma posição do que foi levado pra frente... [...] Não é só no papel, entendeu. É colocado em pauta, é voltado e depois vem trazer para a gente, tem a ata falando o que que foi decidido. (E9, Segmento Prestadores de Serviço).

[...] aqui em Juiz de Fora até que tem sim. Por que o próprio prefeito sabe tudo relacionado a área de saúde, se não passar por aqui ele não pode fazer. Então tem sim.[...] Alguma, algumas vezes sim [o que é discutido é levado a frente]. [...] Por que eu acho o seguinte: não adianta você fazer a coisa, pra depois, se aquilo tá sendo bem

feito ou não. Como é que você faz isso? Por intermédio da avaliação. Do controle e avaliação. Algumas vezes sim, outras vezes não. [...] (E13, Segmento Profissionais de Saúde).

Identificamos ainda na fala dos entrevistados a necessidade de que o conselho se consagre ainda mais enquanto voz da população, ao afirmar que apesar de ter voz e ter força, é necessário que a sociedade se aproprie ainda mais deste espaço, reforçando o que fora antes apresentado:

Não tanto quanto gostaria, mas tem. Em alguns casos sim, a gente conseguiu vitórias importantes aí de embates contra interesses privados né, queriam no passado aí tentar inviabilizar alguns serviços do SUS e por essa, quando chegou aqui no conselho que a gente barrou houve muita discussão e tudo e acabou depois mostrando para essas pessoas que foi benéfico ter ficado como estava, ter sido decidido daquela forma. Então assim, é... o conselho ele tem voz, ele tem força, as pessoas precisam acreditar mais nisso mas ela, ela deveria ter mais força. Como eu te falei, as vezes algumas coisas passam pela câmara sem nem ter chegado aqui. Então, é... quando a gente vai se mobilizar, como não tem esse apoio da sociedade que a gente gostaria de ter, é... acaba que essa mobilização ela fica ineficaz. E aí acaba empurrando goela abaixo algumas coisas que a gente não gostaria né, isso acaba prejudicando muito o trabalho com o usuário, os serviços de prestação ao usuário. Mas assim, em algumas situações a gente consegue reverter e até ter vitórias como eu te falei. [...]. Algumas coisas, como eu te falei, são empurradas pela gestão, né. Outras a gente consegue implementar e até barrar né, é... [...] Mas nem sempre a gente consegue esse tipo de vitória por conta dessa manipulação que existe política, essa manobra que as vezes impede que chegue até aqui né, pra gente poder tomar a decisão. (E14, Segmento Usuário).

E14 afirma que o conselho perde parte de sua força exatamente pela mobilização ainda tímida, que exerce uma pressão no sentido de esvaziá-lo, isto é, ao não nos apropriarmos e ocuparmos devidamente este espaço, manifestando nosso posicionamento, abrimos margem para que sejam tomadas decisões à revelia de nosso próprio interesse. Neste sentido, podemos retomar a seção 7.1.1, quando constatamos que apesar de haver cidadãos engajados, a maior parte se exime de participar ativamente. Assim, a mobilização torna-se ineficaz, no ponto de vista do entrevistado, pela perda quantitativa e qualitativa decorrente da falta de mobilização, que faz com que certas coisas sejam “empurradas goela abaixo”.

O depoimento de E4 corrobora esta discussão, ao destacar a relevância dos conselhos regionais e a necessidade de que sejam mais efetivos em sua atuação, apontando novamente a importância de que os espaços de participação da sociedade tornem-se realmente ocupados pela manifestação desses interesses populares e de busca pela resolução dos problemas locais:

É ouvido, o que, o que tem que fazer, o que nós precisávamos é os regionais ser mais unidos pra gente poder estudar os problemas. Por que o problema que tem na minha região, é o mesmo problema que tem no outro. Entende?! Então a gente tinha que tá reunindo e até fazendo simpósio ou um seminário pra gente discutir os problemas, pra ver o que pode resolver. Quais, aonde tem os mesmo problemas, pra poder ser resolvido, tentar resolver [...] (E4, Segmento Usuário).

É possível afirmarmos, embasando-nos nas falas de E14 e E4, que na medida em que cresça o interesse da população em participar ativamente, em ocupar os espaços a ela reservado e fazer-se ouvir, menos coisas seriam empurradas “goela abaixo” (E14, Segmento Usuário), mais interesses seriam construídos coletivamente, e portanto, mais voz e poder de decisão teriam a população e o conselho, como forma de manifestação dos representados.

Embora defendam que o conselho tenha voz e poder de decisão, as falas de E5 e E12 identificam possíveis restrições. E5 reforça o fora anteriormente apontado, a possibilidade de que as ações podem ser influenciadas pelos pares, sugerindo que embora o conselho tenha este poder deliberativo, esta função pode ser prejudicada por atores que exerçam influência sobre os demais. Por sua vez, E12 aponta que apesar de constar na legislação os papéis do conselho, o que se percebe é que muito do que se aprova não se coloca em prática:

Ah, sempre nem sempre, sempre assim. Voz tem, poder de decisão, poder deliberativo e tal. Desde que não seja influenciado, por que se ele tiver influenciado ele pode não aplicar aquilo. Nós estamos com o exemplo ontem, quando o governo assina um compromisso, uma resolução aprovada pelo conselho, e evidentemente chega aqui e quer mudar o, a qualquer custo. [...] (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

Tem. Tem. Voz e poder. Inclusive a legislação mesmo fala sobre isso né, que ele, o conselho ele é fiscalizador e também ele é faz, ele é normativo, né, e deliberativo. [...] E tem poder. Mas, às vezes também a gente nota aí que as vezes não é respeitado, não é respeitado as decisões que são tomadas aqui não. Por que se fosse, tudo que fosse aprovado aqui estaria em pulso aí, estaria funcionando. E às vezes não é assim que funciona. Tem coisa que é aprovado aqui, que não é colocado em prática. Só foi aprovado, mas não colocou em prática. [...] (E12, Segmento Prestadores de Serviço).

Apenas dois entrevistados apontaram que o conselho não tem voz e poder de decisão, assinalando que muitas vezes estas decisões acabam não saindo do papel e, por conseguinte, não tomam força prática:

Não, nem tudo, muitas vezes fica por aqui mesmo... Igual minha região. Nós era para ter uma UPA, até hoje não temos essa UPA. Por que isso é uma decisão mais, mais de política do que tudo, isso aí. [...] Geralmente é política. É política. Político que tá sempre manipulando muitos por trás aí. [...] Agora, pra nós aqui eu não aceito muita política no negócio não. Pelo menos quando eu estou lá, em discussão no regional, eu não aceito não. Pode ir até político lá fala alguma coisa e tudo, participar de reuniões... Mas aceitar o que ele vai dizer não. [...] Sim, nós temos, nós estamos sempre fazendo pressão encima deles. Constantemente. (E1, Segmento Usuário).

[...] Nem tudo. Eu fazia uma revisão de alguns pontos. Mas a gente também peca. E eu não vou, não vou responsabilizar ninguém não. [...] É por que a demanda é tão, tão, tão grande. [...] Então assim. Aquele embate que você pôde presenciar ontem, com relação à gestão das UPAS, é justamente por que nós estamos fazendo, querendo fazer valer a nossa decisão. Por que se passaram 4 anos, da administração do prefeito Bruno, e a gente não viu aquilo que nós deliberamos. Então as vezes nem tudo que nós deliberamos é colocado em prática. E isso nos frustra. Isso nos deixa.. Agora, será que aquilo que também deliberamos seria de competência nossa? Fica essa indagação. [...] (E3, Segmento Usuário).

Conforme podemos verificar nos depoimentos acima, ambos justificam seus posicionamentos de que o conselho tem sua voz e poder de decisão restringidos por questões de ordem política, argumentando que dentre aquelas ações que são aprovadas e não são postas em prática, grande parte se devem a estas questões. Ressaltam ainda que o conselho não aceita esta afronta a seu poder, cobrando e tentando fazer valer as decisões de sua competência.

Por último, dois entrevistados mostraram um posicionamento intermediário. Um deles diz duvidar que as decisões do conselho são acatadas pela Secretaria de Saúde, e mais do que isso, assinala que as decisões deveriam emanar do conselho, ou nas suas palavras, deveriam se dar “de baixo para cima” e não “de cima para baixo” como é feito:

Deveria ter muito mais. Eu acho que o conselho deveria ser autônomo, ser independente. E que as decisões da secretaria de saúde, que é o nosso caso, deveriam tomar depois de passar pelo conselho. Primeiramente pelo conselho. E não vir de cima pra baixo. E sim de baixo pra cima. [...] Bom, ouvido dentro do conselho é. Agora, se é atendido pela secretaria, eu tenho minhas dúvidas. [...] (E6, Segmento Usuário).

Ao apresentar sua preocupação de que as decisões deveriam se dar de “baixo para cima”, E6 nota a importância de que o conselho seja verdadeiramente um espaço para expressão da vontade popular e decisões com base nesta. Todavia, ao apontar que as decisões têm sido tomadas de “cima para baixo”, sugere que o conselho apenas avaliza algo já decidido, reforçando a hipótese lançada na seção 7.1.1 desta dissertação, quando falamos na pré formatação das decisões e indicando o risco de o conselho transformar-se em um órgão cartorial, que funcionaria como um mecanismo de legitimação governamental.

O entrevistado E7 por sua vez destaca sua percepção de que, embora o conselho municipal de Juiz de Fora seja bem estruturado e organizado, muitas vezes as questões a serem debatidas “vêm e voltam”, o que indica que nem sempre o que é votado é colocado em prática:

Olha, eu tenho percebido pelo retorno que eles dão, assim, que falam aqui, que o conselho de saúde aqui do município ele é bem estruturado, organizado e isso dá um certo poder a ele. Agora, como vem muitas vezes, como eu tenho percebido que eles reclamam que alguma questão vem e voltam, vem e voltam, então eu fico questionando: até que ponto as coisas são implementadas, do jeito que elas vêm. Então, eles votam, mas daqui a pouco está voltando. Eles votam e daqui a pouco está voltando de novo para ser votado. É uma reclamação constante, remitente, entendeu? 'Mas isso aqui nós já votamos, e que que foi? Ou está ali de novo?'. Então, quer dizer, até que ponto o que vota-se aqui é posto em prática né. Então... Eu acho que eles fazem as leis e as normas, mas a implantação delas conforme eles querem, às vezes fica meio falho. [...] (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

Ao afirmar que as questões “vêm e voltam” E7 aponta que a implementação das ações tem sido falha no conselho, o que fere até certo ponto suas decisões, no sentido de que, apesar de ter o poder de decidir, estas decisões muitas vezes não têm sido respeitadas.

A partir destas análises, podemos deduzir que embora o papel decisório seja garantido em lei e reconhecido pelos conselheiros, alguns entraves ainda se colocam, como a possível falta de autonomia, caracterizada pela possibilidade da realização de ad referendum e de influências nas decisões pelo comportamento do próprio grupo. Ademais, consideramos relevante que haja maior mobilização para que o conselho se afirme ainda mais como voz da população, além da necessidade de aperfeiçoamento de conselhos regionais e de que as deliberações se transformem em práticas. Outrossim, notamos que a voz e o poder de decisão do conselho são restringidos por questões de ordem política, por decisões tomadas “de cima para baixo” ou não acatadas pela secretaria de saúde, além de questões que “vêm e voltam”.

7.3 Processo participativo

Conforme descrito no tópico 3.2 deste estudo, o controle social aqui considerado se apresenta como uma releitura desse conceito promovida no contexto brasileiro, incorporado na Constituição Federal de 1988 por meio do princípio da participação, sendo concebido na política de saúde como a própria participação da comunidade na definição desta (SILVA, 2008 apud BATAGELLO et al., 2011; SILVA et al., 2012; CORREIA, 2012).

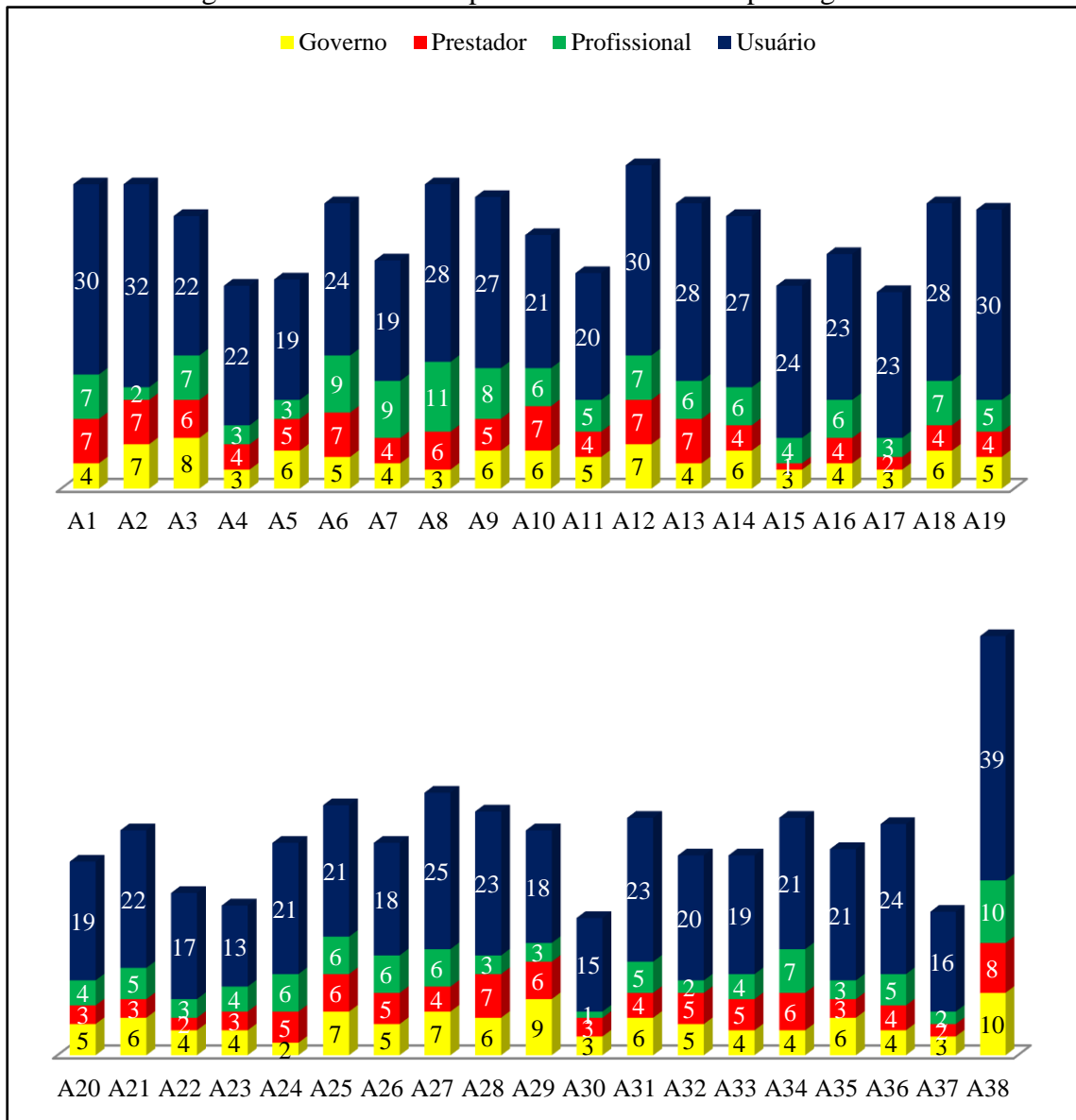
Partimos então do pressuposto que a análise do controle social passa pela participação, uma vez que, no caso brasileiro, o controle social é entendido como a própria participação cidadã na gestão pública, a qual se caracteriza como um mecanismo de controle das ações do Estado e de fortalecimento da cidadania (CGU, 2012). De forma mais assertiva, ao ter como objetivo analisar o controle social no processo participativo, aproximamos a participação do controle social, não se podendo prescindir de analisar a participação no âmbito do conselho. Entendendo assim, de forma particular visamos verificar como ocorre a participação dos conselheiros, como se dá a organização e participação dos segmentos e o processo de escuta, além de investigar o exercício do papel do conselheiro enquanto membro que participa da gestão pública.

7.3.1 Participação por segmento no âmbito do conselho

Para a análise da participação por segmento, consideramos relevante analisar a frequência dos conselheiros nas reuniões, uma vez que este dado pode sugerir o grau de comprometimento e a prioridade concedida à participação nas deliberações no conselho (GOULART, 2011).

Tomamos como base a lista de assinaturas das reuniões, que possibilitou a contagem do número de conselheiros presentes por segmento e no total. Entre as 38 reuniões analisadas, em quatro o número de conselheiros presentes foi menor do que o mínimo exigido para quórum, que corresponde a 28 pessoas (50%+1) no caso em estudo. Este dado coincide com a pesquisa realizada por Wendhausen (1999), que também identificou reuniões em que há um número menor de assinaturas que o quórum requerido (50% + 1) e que, no entanto, não há registros de reuniões que não aconteceram por falta de quórum, fazendo com que o comparecimento médio dos conselheiros se tornasse um item difícil de avaliar. A Figura 9 mostra o número de conselheiros presentes em cada uma das reuniões de acordo com o segmento que representam, na qual é possível constatar a predominância dos representantes dos usuários:

Figura 9 - Conselheiros presentes nas reuniões por segmento



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Considerando a regra de composição do conselho, segundo a qual membros do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde têm direito a 16,67% dos assentos cada e usuários do SUS têm direito a 50% das vagas titulares, e através da análise do número de conselheiros presentes nas reuniões, constatamos que em 30 das 38 reuniões o número de conselheiros do segmento governamental com relação ao total de presentes era menor do que os 16,67%. Com relação ao segmento dos prestadores de serviço e profissionais de saúde, o mesmo aconteceu em 35 e 31 encontros respectivamente. Já no tocante ao segmento de usuários do SUS, estes representaram mais de 50% em todas as reuniões analisadas.

Destes dados podemos constatar que o segmento proporcionalmente mais presente é o segmento dos usuários, o que pode indicar um grande interesse desses em participar das reuniões e dos debates que as permeiam. O segmento menos presente proporcionalmente foi o segmento dos prestadores de serviço. A Tabela 1 expressa a constatação supracitada, indicando na primeira linha o número médio de conselheiros presentes por segmento nas 38 reuniões e na segunda linha o percentual médio de presença por segmento com relação ao total de presentes:

Tabela 1 - Média de presença nas reuniões

Segmento	Governo	Prestador	Profissional	Usuário	Total
Média	5,13	4,71	5,24	22,95	38,03
	13,59%	12,25%	13,46%	60,70%	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Cabe notar, todavia, que participar é mais do que apenas estar presente, significa ter voz e debater, conquistando assim espaços nos processos políticos e nas estruturas de poder da sociedade (KLEBA; COMERLATTO, 2010). Assim, é possível depreender que a capacidade de fala dos segmentos que compõe o conselho é uma característica importante na compreensão da dinâmica das reuniões do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora.

Buscamos apreender essa característica, chamada por Avritzer (2009) de capacidade de vocalização, que diz respeito ao poder de fala dentro das reuniões do conselho e é considerada como um importante elemento de análise no processo de discussão. Consideramos a análise da capacidade de vocalização dos participantes como central, uma vez que corresponde à apresentação pública das ideias, opiniões, interesses e demandas, e está relacionada à possibilidade dos diferentes atores expressarem-se no processo deliberativo, de modo igualitário, inclusivo e transparente (CUNHA, 2009).

Na análise das atas, contabilizamos o número de falas, considerando-se “fala” quando cada interlocutor faz uso da palavra. Foram analisadas um total de 1497 falas, o que corresponde a um número médio por reunião de 39,42 falas. De acordo com Avritzer (2009), o número de

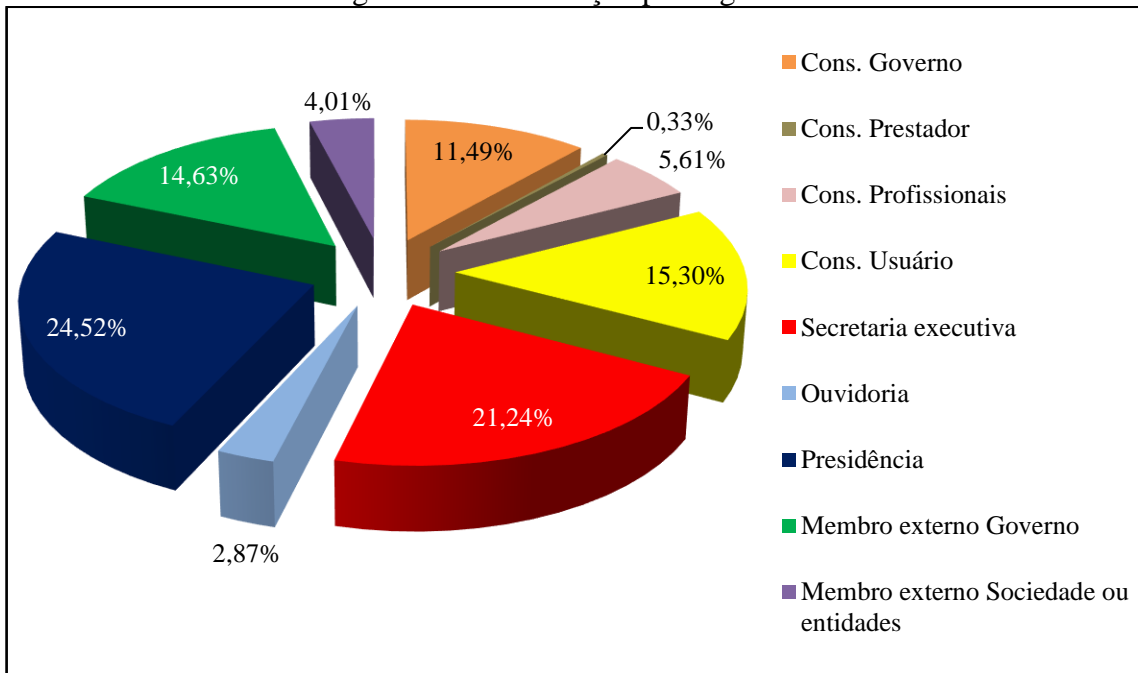
falas registradas no conselho é um bom indicador do processo de discussão, de forma que quanto maior for o número de falas, tão logo maior será o processo de discussão em termos de razões apresentadas. E ainda, quanto maior for o processo de discussão, mais ele se aproxima do ideal deliberativo de interatividade e pluralidade de discurso (AVRITZER, 2009).

Este número médio de falas difere-se daquele apontado por Avritzer (2009), que analisou os anos 2005-2006 e identificou um número médio de 60,8 falas, considerado muito elevado. Entretanto, ainda que consideravelmente menor, a média encontrada de 39,42 se aproxima das 40 falas por reunião de algumas cidades identificada por Avritzer (2009), número considerado satisfatório.

Através da exploração do material de análise foi possível identificar os tipos de interlocutores presentes. Assim, para análise da vocalização por segmento consideramos além dos segmentos que compõem o conselho (governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários), membros externos identificados como pertencentes ao governo, demais membros externos (podendo representar demandas da sociedade ou de entidades) e aqueles membros pertencentes ao conselho que foram categorizados de forma especial em razão do grande volume de falas que possuem e de sua função específica no conselho, que são a secretaria executiva, a ouvidoria e a presidência do conselho. Totalizaram-se assim nove categorias vocalizantes.

A Figura 10 apresenta a vocalização por segmento no conselho, através da qual é possível identificar a possibilidade de diferentes grupos se expressarem, o que de acordo com Avritzer (2009) é um requisito importante para os processos decisórios sejam realmente democráticos, de acordo com teóricos deliberacionistas:

Figura 10 - Vocalização por segmento



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Através da Figura 10 é possível observar a grande capacidade de vocalização da presidência e da secretaria executiva do conselho, que se justifica em grande parte por serem os responsáveis pelas moderações das reuniões. Notamos também que entre os segmentos que compõem o conselho, o segmento dos usuários é o que possui maior capacidade de vocalização, seguido do governo, profissionais e por último os prestadores de serviço. Estes resultados se assemelham àqueles apontados por Perissinotto, Fuks e Souza (2003), que identificaram que o segmento dos usuários é o mais ativo nas reuniões, seguido do governo, trabalhadores e prestadores com uma participação mínima.

Ainda pela Figura 10 podemos depreender sobre a extrema baixa capacidade de fala do segmento prestadores de serviço, que vocalizou apenas cinco vezes no total de 38 reuniões analisadas, dado que coincide com a baixa presença desse segmento nas reuniões do conselho, levando-nos a afirmar, em consonância com Perissinotto, Fuks e Souza (2003), que o segmento dos prestadores se mantém praticamente invisível durante todo o processo.

Ao se mostrarem menos engajados e com menor interesse nas discussões, conforme verificamos na análise das atas, a atuação do segmento dos prestadores de serviços nos sugere a hipótese de que o conselho seja uma espécie de “vitrine” para esta categoria. Isto por que apesar de demonstrarem grande vontade em participar deste espaço, concorrendo inclusive através de eleições, eles se afastam do processo de participação, ao serem o segmento menos presente e por pouco aparecer enquanto categoria vocalizadora.

É notável ainda a grande capacidade de vocalização de membros externos, responsáveis por 18,64% das falas. Destaque se faz àqueles identificados em ata como representantes de algum departamento ligado ao governo, com 14,63% do total de falas. Estes dados corroboram a pesquisa de Perissinotto, Fuks e Souza (2003) que chamam a atenção para a grande participação de atores externos, apontando que isso ocorre em grande medida devido à participação ativa dos quadros técnicos do governo municipal nos debates do conselho.

Assim, tomando como base a literatura e a análise das atas, foi possível atribuir essa grande capacidade de vocalização de membros externos pertencentes ao governo à apresentação de planos, programas ou projetos, dado que são convidados para apresentarem os mesmos. Os trechos das duas entrevistas abaixo também corroboram este apontamento:

As reuniões do conselho aqui, geralmente é assim. A gente tem um ponto de pauta, a gente traz um representante do governo que vai expor esse ponto, o seu ponto de vista, o que que é que o governo acha aquilo viável, interessante, e depois num segundo momento é dado oportunidade a aqueles que quiserem falar, né, de acordo com o que está previsto no regimento, ele se manifesta, expõe sua opinião e depois é feito uma votação. [...] (E14, Segmento Usuário).

[...] E aí a gente vem para cá, o pessoal fala e depois tem as perguntas. Os conselheiros fazem essas perguntas. [...] (E13, Segmento Profissionais de Saúde).

Deve-se notar que, conforme supracitado, embora categorizados separadamente em razão do grande volume de falas que possuem e de sua função específica no conselho, as funções de ouvidor, presidência do conselho e secretaria executiva são ocupadas por conselheiros representantes dos usuários. Assim, se somadas estas falas às falas dos usuários, totaliza-se 63,93%, o que indica prevalência na vocalização do segmento usuários com relação aos demais.

Este dado condiz com os resultados de Avritzer (2009), que identificou em sua pesquisa intitulada “Democracia, desigualdade e políticas públicas no Brasil”, realizada em diversas cidades brasileiras, o conselho municipal de saúde de Juiz de Fora como uma exceção no que diz respeito à capacidade de vocalização dos usuários, superando até mesmo as capitais. Avritzer (2009) toma como base para análise da capacidade de vocalização a análise das atas de 2005-2006, e identificam a capacidade de 54,14% dos usuários.

Corroborando os dados captados nas atas, oito entrevistados identificaram que o segmento com maior poder de fala nas reuniões do conselho é o dos usuários, conforme apontam trechos abaixo:

Usuário né, a gente tem que cobrar né, é direito nosso. (E10, Segmento Usuário).

[...] É tudo muito democrático, então aqui nós temos prioritariamente né o segmento do usuário, que são os que mais questionam. Mas existem representantes do governo que também expõem até a título de esclarecimento, né, e pra ajudar a pessoa que tá, tá ali expondo e que as vezes se sente um pouco embaraçada com o volume das perguntas, mas algumas pessoas auxiliam né, e são representantes dos trabalhadores, ou representantes do próprio governo. A gente tem aqui um pouco de cada segmento né, mas prioritariamente, até por que compõe a maioria do conselho, são os usuários. (E14, Segmento Usuário).

Conforme salienta Avritzer (2009), é importante refletir sobre o significado destes dados, sem esquecer que não é possível pensar que a efetividade deliberativa dos conselhos esteja baseada apenas na manifestação dos usuários nos conselhos de saúde. Todavia, a significativa diferença do número de falas entre as categorias representadas, especificamente neste trabalho o destaque por parte dos usuários, sugere uma maior capacidade de agenda por parte deste segmento.

Esta constatação ameniza de certa maneira uma preocupação levantada anteriormente (seção 7.2.1), quando assinalamos que o fato de não haver clareza regimental quanto à definição das pautas, poderia se tornar preocupante ao pensarmos que, se estas fossem formadas pelo segmento do governo, poderia sinalizar que o conselho se transformou numa forma de legitimação do discurso governamental (OLIVEIRA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2010). Ao contrário disso, a análise da participação por segmento nos aponta o interesse da população, representada pelo segmento usuário, em manifestar seus anseios.

Sugere-se ainda que o número maior de falas atribuídas ao segmento dos usuários, aqui constatado pela análise das atas e confirmada pela percepção dos entrevistados, reflete no potencial do conselho em exercer o controle democrático, além de impactar frequentemente também na sua capacidade distributiva (AVRITZER, 2009). Além disso, esta alta capacidade de vocalização por parte dos usuários sugere, inicialmente, que há grande interesse por parte dos membros da sociedade que estão inseridos no conselho em participar. Este fato pode ser atribuído à grande valorização dos conselhos por parte de quem os frequenta, sendo vistos como espaços para reivindicações específicas e denúncias pontuais (GURGEL; JUSTEN, 2012).

Todavia, ainda que seja grande o número de falas, um dos entrevistados ressalta que estas se restringem a um pequeno grupo de indivíduos, no geral usuários, indicando uma capacidade de vocalização supostamente restrita a poucos sujeitos:

[...] Isso vai muito assim do perfil de cada um, né. [...] Normalmente quem mais se posicionam são os usuários. E um determinado grupo de usuários, né. [...] Mas tem um grupo de usuários que eles ficam lá no cantinho, mas normalmente os que mais que se posicionam são os usuários. (E3, Segmento Usuário).

Buscamos verificar este apontamento por meio das atas, através das quais identificamos 152 falantes e constatamos que a vocalização se restringe a um grupo restrito, com destaque ao presidente e o secretário executivo do conselho. Ademais, notamos, conforme Tabela 2, que, juntos, 19 sujeitos que mais vocalizam são responsáveis por 78,68% das falas:

Tabela 2 - Distribuição da vocalização

Quem fala	Número de falas	%	Segmento que representa
A - Presidente do conselho	334	22,33%	Presidência
B - Secretaria Executiva	320	21,39%	Secretaria executiva
C - Secretário de Saúde	73	4,88%	Cons. Governo
D	69	4,61%	Membro externo Governo
E	58	3,88%	Cons. Usuário
F	49	3,28%	Cons. Usuário
G - Ouvidora de Saúde	48	3,21%	Ouvidoria
H - Secretaria Adjunta	37	2,47%	Cons. Governo
I	28	1,87%	Cons. Governo
J	23	1,54%	Cons. Profissionais
K	19	1,27%	Cons. Profissionais
L	19	1,27%	Cons. Usuário
M	19	1,27%	Cons. Usuário
N	15	1,00%	Cons. Usuário
O	14	0,94%	Cons. Profissionais
P	14	0,94%	Cons. Usuário
Q	14	0,94%	Cons. Usuário
R	13	0,87%	Cons. Governo
S	11	0,74%	Cons. Usuário
	1177	78,68%	

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Acrescenta-se ao que demonstramos na Tabela 2 acima, o fato de que os demais falantes (a maior parte) vocalizam em baixíssima proporção. Conforme detalhado na Tabela 3, identificamos que 84,87% dos atores (129 pessoas) vocalizam apenas nove vezes ou menos, ratificando a hipótese de que as falas se concentram em poucas pessoas:

Tabela 3 - Concentração da vocalização

Nº falas	Nº pessoas
1 fala	62 pessoas
2 falas	25 pessoas
3 falas	15 pessoas
4 falas	9 pessoas
5 falas	2 pessoas
6 falas	7 pessoas
7 falas	2 pessoas
8 falas	3 pessoas
9 falas	4 pessoas

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Este fato é significativo principalmente quando analisado em conjunto com o que fora anteriormente apontado na seção 7.2.1, quando levantamos a hipótese de grupos hegemônicos e de uma “ditadura da maioria”, ao identificarmos processos de discussão possivelmente restritos. Somando esta proposição ao que apresentamos nas Tabelas 2 e 3, podemos afirmar que de fato as discussões se restringem a um número limitado de sujeitos.

Consideramos relevante ainda realizar uma apreciação paralela entre as atas e a lista de conselheiros da gestão 2013-2015, segundo a qual, do total de 108 assentos no conselho, 90 encontravam-se ocupados. Por meio desta análise foi possível verificar que entre aqueles relacionados na lista da gestão como conselheiros, o nome de 41 deles constava nas atas como interlocutores. Em contrapartida, 49 conselheiros não vocalizaram sequer uma vez no período analisado. Isso significa que mais da metade dos conselheiros (54,44%) sequer apareceram no processo discursivo, o que denota uma tímida atuação destes.

O fato de haver um determinado grupo participando dos debates pode ter dois significados. Por um lado, é possível que este grupo se incumba dos debates e se feche a novos participantes, intimidando-os. Por outro lado, pode significar que apenas uma parte dos conselheiros está efetivamente interessada em participar ativamente, sendo proforma a atuação dos demais.

Neste sentido, o depoimento de E5 é significativo, quando nota que, embora os usuários sejam o segmento de maior vocalização, existe um processo de intimidação desses perante os demais, em razão de uma barreira formada supostamente pelo poder, manifestado neste caso pelo uso da linguagem:

[...] Usuário é na minha concepção o que precisava trabalhar mais, pra poder ajudar ele a se definir e tecnicamente se estabelecer, por que...Quando se chega lá, quem participa das comissões as vezes fica assim intimidado em pedir esclarecimentos [...] Acho que fica assim acanhado pra poder [...] Bom, fala, os usuários fala bastante né... Porém, ele não assim muito objetivo nas suas colocações. Aí você vem, aí você vem com, com o governo, que tem a sua fala mais objetiva, mais bonita. Quando fala bonito, impressiona, quem não sabe falar. É... Falou bonito, agradou. Falou feio, não agradou, e não convenceu, não esclareceu. Por que você tem pessoas muito bem intencionadas do usuário que não conseguem externar ali, e quando pega o microfone, ele fica nervoso e tímido, e falar errado. No caso de alguns. Tem uns que não liga não. Mas a maioria não pega. [...] Quem fala bem também tem seu tom político, né. Quem fala bem o próprio governo seleciona. 'Esse eu preciso agradecer, para eu poder ter maioria absoluta'. Até por que, quem governa, precisa governar com a maioria absoluta para poder fazer valer interesses coletivos, pessoal e etc. (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

Este depoimento reforça as sinalizações da seção 7.2.1 quanto à inibição dos conselheiros em razão do uso da linguagem e coincide com o que aponta Marques (2009, p. 21), sobre a necessidade de se “verificar na prática discursiva dos indivíduos como as opressões

simbólicas, as desigualdades econômicas, a invisibilidade social e a falta de habilidade para usar racionalmente a linguagem criam barreiras ao engajamento na deliberação”. Esta percepção também se verifica-se no depoimento de E5:

Vai deliberar, quem ganha é quem articula melhor. (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

Além disto, contrariamente ao que sugerem as atas e que foi ratificado pela maioria dos entrevistados, apenas dois entrevistados identificaram o segmento do governo como aquele que mais fala nas reuniões do conselho municipal. Quatro entrevistados não identificaram qual é o segmento que mais usa a palavra, seja por não conseguirem fazer distinções entre as pessoas que pertencem a cada categoria ou por não perceberem distinções de fala entre as categorias representadas no conselho.

Entre aqueles que não identificaram qual é o segmento com maior capacidade de vocalização, está E7, cujo depoimento vai ao encontro da fala de E5, a respeito das assimetrias discursivas, o que leva a afirmar, baseando-nos nas palavras de em Marques (2009), que no conselho municipal de saúde de Juiz de Fora a linguagem tem criado barreiras ao engajamento na deliberação:

[...] Ó, eu não sei às vezes discriminar quem é quem não, por que eu não conheço todo mundo ainda, para falar se é do governo, usuário... Eu vejo que tem alguns elementos que falam mais. Tem alguns usuários que falam até de forma interessante. [...] eu acho que eles já têm muitos anos que eles tão no conselho, eles já pegaram o mecanismo, já entendem um pouco mais, e de certa forma, nós achamos isso até bacana. Por que são segmentos da sociedade que não tinham acesso a determinadas informações e que já tão tendo e que já tão tendo uma visão diferente. Só que eu acho que as vezes as pessoas não sabem falar, entendeu, são pessoas que não têm argumento direito. Alguns têm, mas outros não. Eles falam muito pela vivência do dia a dia, do cotidiano dentro das unidades que eles precisam. O que que acontece quando ele vai numa UPA. O que que acontece quando ele vai num posto de saúde. Ele sabe. Isso ele sabe. Tá. Então quando vem uma proposta, eles querem que fique mais próximo da prática deles. Do conhecimento da prática. Da prática não, da vivência né. E tem uns servidores também, que eu percebo que tem uns que falam mais do que os outros. Agora, toda questão institucional tem as guerrinhas de poder né. Tem hora que, que isso pega. Mas normal né. No ser humano... (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

Dos dados e análises apresentados nesta seção, podemos inferir que o segmento mais participativo é o dos usuários, tanto no que tange à presença, quanto no que se refere à capacidade de vocalização. Em contrapartida, o segmento dos prestadores de serviço é o que se mostrou menos participativo, vocalizando um número de vezes ínfimo durante todo o período analisado, levando-nos a supor que o conselho seja uma espécie de “vitrine” para esta categoria, na qual atuam apenas proforma. A alta vocalização dos usuários ameniza de certa maneira a preocupação levantada na análise sobre a determinação das pautas, quando chamamos a atenção

para a possibilidade de que o conselho pudesse ser usado para legitimar atos do governo. Ao contrário, aponta o interesse dos usuários em manifestar seus anseios. Todavia, chama a atenção a constatação das falas se restringirem a um pequeno número de pessoas, sendo que 19 sujeitos são responsáveis por 78,68% das falas. Essas assimetrias discursivas suscitam duas hipóteses: de que uma parte dos conselheiros participa apenas proforma e de que há um processo de intimidação de novos participantes, hipótese esta argumentada por dois entrevistados, que chamam a atenção para o poder da linguagem como artifício de intimidação.

7.3.2 Processo de escuta

Consideramos que a deliberação é uma atividade discursiva na qual se estabelece um diálogo entre diferentes atores, constituindo-se, portanto, em um processo social de comunicação no qual os indivíduos apresentam seus pontos de vista e perspectivas diante dos pares, interpelando-os e demandando-lhes a validação de seus argumentos após discussão centrada no respeito recíproco (MARQUES, 2009).

Entendendo assim o processo deliberativo conforme exposto acima e compreendendo que este prescinde de uma troca de razões entre indivíduos, intercompreensão e interpelação recíproca (MARQUES, 2009), buscamos analisar a escuta dentro do conselho, sendo esta parte deste processo de troca de razões mútuas.

O conselho é aquele espaço próprio para articular e dar voz aos cidadãos, permitindo que a sociedade civil atue junto ao Estado nas decisões públicas, mediante um contexto democrático, representando assim meios públicos de deliberação criados para promover a participação social e constituindo-se em espaços não só de expressão de opiniões, mas também de ação, como forma de identificar demandas e interesses públicos (SOUZA et al., 2012; OLIVEIRA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2010; ABERS; KECK, 2008; KLEBA; COMERLATTO, 2011; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; MARTINS; CKAGNAZAROFF; LAGE, 2012). Neste sentido, entendemos que compreender se essa voz é de fato escutada, abarca o próprio papel do conselho enquanto articulador entre sociedade-Estado e é importante na análise do exercício do controle social no processo participativo.

Desta maneira, de posse dos dados relativos à participação por segmento, discutimos o processo de escuta dentro do conselho, com objetivo de identificar se, mais do que estarem presentes e vocalizarem, há uma troca de razões. Verificamos que onze entrevistados compartilham a percepção de serem escutados pelos pares em seu processo de fala, alguns dos quais se destaca abaixo:

Ouve, ouve, lógico... A gente... eu estou lá trás mas estou ligado na conversa cá na frente ainda falo assim: escuta lá o que ele tá falando. (E1, Segmento Usuário).

Sim, sim, sim. até por que eles estão ali pra ouvir. E manifestar também. Mas ouve sim, ouve. Tem, tem aqueles que tem seu posicionamento, tem aqueles que vão lá 'eu já fui contemplado, mas gostaria...'. Mas ouvem, geralmente escuta, a gente respeita a opinião de cada um. (E3, Segmento Usuário).

Ao identificarem que há escuta no conselho, os entrevistados apontam que há uma de troca de razões através da escuta mútua e não apenas um processo de falas soltas. Além disso, aponta para importância do conselho enquanto articulador entre sociedade-Estado, sendo possível compreendê-lo como um espaço no qual diferentes demandas são ouvidas e diferentes argumentos são trocados.

Entretanto, um dos entrevistados destaca que este é um fator que depende da discussão em pauta, de forma que quanto mais polêmico for o tema, menor tende a ser este nível de escuta:

Depende do momento, do calor da discussão. Tem determinados temas que são polêmicos, e as vezes é... A gente tem que pedir por uma questão de ordem, tem que esperar um pouco né, mas de um modo geral a gente acaba sendo ouvido e ouvindo também. Só que as vezes descontrola um pouco né. Discussão, muita gente, acaba desviando um pouco o foco. (E14, Segmento Usuário).

A fala de E14 sinaliza um fato interessante, quando aponta que parece haver troca de razões apenas quando se convergem interesses. Todavia, quando os temas são polêmicos e quando há divergência de posicionamentos, este processo torna-se dificultado. E este é o ponto problemático, uma vez que quanto mais houver opiniões divergentes, mais importante tornar-se-ia a escuta, para que haja de fato troca de razões. Ao contrário disso, se essa troca de razões só acontece quando os posicionamentos são semelhantes, é como se o processo discursivo ficasse abalado.

Foi destacada ainda a utilização de outras formas de se fazer ouvir dentro do conselho e persuadir pessoas, principalmente através da forma escrita. O fato de valerem-se de outras formas para se fazer ouvir no conselho, ou como relata o entrevistado, de convencer os demais com base em seu interesse, indica que as formas de persuasão extrapolam as falas e que há uma articulação informal concorrente a estas, conforme a fala abaixo:

A gente tem que ser objetivo naquilo que a gente... E você tem pouco tempo pra poder falar, por que são três minutos pra falar, e nem sempre em três minutos você pode expor as coisas. Por que quando entra, por exemplo, pauta em cima da hora, alguém presta atenção. Alguém presta atenção. E, aí a gente tem uma forma de convencimento e aí a gente trabalha, quando a gente quer trabalhar o nosso interesse, aí a gente não trabalha só na fala lá no microfone. A gente trabalha de forma, assim de folheto, passando para as pessoas, informação por escrito, de forma escrita. Né, a gente explica, as pessoas tomam conhecimento por que você quer ou o que que você é contra. Ou você é contra ou a favor. (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

Por fim, compreendendo então que a deliberação passa pelo processo de escuta, isto é, um processo de discussão e troca de argumentos no qual há respeito mútuo, a percepção da maioria dos entrevistados vai ao encontro do sentido próprio da prática deliberativa, vista como uma prática de intercompreensão (MARQUES, 2009). De forma mais ampla, entender o conselho como este espaço aberto à articulação e à escuta de diferentes vozes sinaliza para existência de uma dinâmica de funcionamento aberta ao controle social.

7.3.3 O exercício do papel do conselheiro

Ao analisar o exercício do papel do conselheiro tivemos como objetivo identificar a avaliação que os mesmos fazem da própria participação e de seus pares, cuja importância se baseia na necessidade de construir uma imagem desses atores que compõem o conselho, entendendo-os como os protagonistas do controle social (JUSTINO FILHO, 2007).

No geral, os entrevistados demonstraram empolgação com relação à função de conselheiro e orgulho em exercê-la, o que denota a compreensão da importância tanto do espaço participativo quanto do seu próprio papel enquanto ator do controle social. A maioria dos conselheiros (nove entrevistados) disse ter uma participação efetiva, seja por meio das falas nas reuniões ou através de trabalhos no conselho, mostrando-se bastante imbricados no processo participativo:

Minha filha, eu vou te falar uma coisa, eu trabalho iguala escrava Isaura. [...] Eu trabalho bastante. (E8, Segmento Usuário).

Olha, eu acho válida a participação por que o único lugar da gente reclamar é aqui. Por que se você não participar do conselho, fica muito difícil você encaminhar uma reclamação para a secretaria de saúde. E aqui não. Nós estamos junto pelo menos uma vez por mês, estamos junto: secretaria e conselho. Sempre o presidente do conselho de saúde está nas reuniões. [...] Sou menos de falar, sou mais é de ouvir. (E11, Segmento Usuário).

Os entrevistados manifestaram-se também como agentes atuantes e com voz no exercício do controle social no processo participativo, ao sinalizarem que além de participarem ativamente, têm voz nas discussões e decisões do conselho, destacando como argumentos a importância dos princípios democráticos e a possibilidade de utilizar meios legais para se fazer ouvir:

Eu tenho voz. Com certeza. Eu faço valer a minha voz. Se ela não for ouvida livremente, eu busco ela via judicial. Que é o que poderia acontecer ontem, caso implementasse, e o conselho rejeitasse essa proposta e eles jogassem no peito e na raça. Nós íamos questionar no judiciário, que é o caminho que a gente como trabalhador deve buscar. (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

Eu acho que todos têm voz, né. Nós estamos numa democracia, então a liberdade de palavras aí é para todos. (E6, Segmento Usuário).

Esta percepção supramencionada aponta na direção dos achados de Fuks, Perissinotto e Ribeiro (2003), cujo estudo conclui que ao fazerem auto avaliações de seu poder de influenciar as decisões dentro com conselho, 76% dos conselheiros disseram possuir “grande” ou “médio” poder.

Chama atenção a declaração do conselheiro representante da gestão pública municipal, que aponta a importância da sua participação, ao se considerar como articulador das demandas e intermediário na relação governo-sociedade, enquanto conselheiro representante do segmento do governo:

Eu sempre participei de conselhos, mas nunca fiz parte da mesa diretora do conselho. Como represento a questão do governo eu acredito assim [...] a minha participação ela é muito importante por que eu pego todas as demandas daqui e levo pra eles; e pego as demandas deles e trago pra aqui. Sempre crio esse canal para não precisar chegar a um ministério público... Até um desgaste maior... Então a gente tá sempre ali fazendo essa linha aí de entendimento entre as partes. (E2, Segmento Governo).

Merece destaque a fala de um usuário, que apesar de considerar ter voz nas discussões, aponta tentativas de obstruções à sua participação, por não se envolver com questões político-partidárias. Seu depoimento indica que no momento de participação, há um processo de inibição ou constrangimento das pessoas que deixam de agir em prol de interesses particulares para agirem, conforme reza a finalidade do conselho, em nome da sociedade e de interesses coletivos, não se rendendo assim a jogos políticos e à oferta de empregos públicos:

[...] Eles ficam num desacordo de que não concordam comigo, por que eu não faço parte de política. [...] Esses emprego de contrato aí... [...] (E1, Segmento Usuário).

Este depoimento endossa o que apontamos na seção 7.1.1 desta dissertação, quando verificamos que a atuação dos conselheiros é passível de influências, destacando-se as questões político-partidárias e a atuação de grupos políticos, sobretudo valendo-se da utilização de cargos públicos.

Os demais entrevistados se dizem menos participativos, sendo que três deles atribuem este fato à recente inserção no conselho, revelando-nos que há, de alguma forma, uma ligação entre uma atuação efetiva e tempo de participação:

Eu entrei no ano passado, no ano passado não foi muito boa. Não foi boa. [...] Esse ano se Deus quiser que eu quero ser mais atuante, entendeu?! Quero estudar bastante, quero conhecer bastante. O que eu puder ajudar, eu quero ajudar. Por que a gente tem que vir pra ajudar, pra somar. (E4, Segmento Usuário).

Pouca ainda. Pouca. Eu estou numa fase de observação, de levantamento de dados. (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

Olha, eu estou numa fase ainda de aprendizado, muita coisa eu ainda não domino, posso te dizer com honestidade. É um serviço muito complexo, abrange muita muitas leis, muitas medidas, resoluções que são alteradas constantemente, então assim, eu tô numa participação mais de expectador vamos dizer assim, de quem chega aqui pra tomar nota, prestar atenção e é... tentar crescer pra poder somar né. Que é a minha primeira participação aqui. Mas assim, é... eu confio que as pessoas que estão aqui em volta e que estão bem intencionadas né, nos seus interesses, elas têm procurado me ajudar nesse sentido. Então eu acredito que no futuro eu vou tá mais participativo do que eu gostaria de estar agora entendeu. (E14, Segmento Usuário).

Estas falas revelam pelo menos dois aspectos. Por um lado, sugere a necessidade natural dos conselheiros se familiarizarem com as discussões, aprenderem os códigos e sentirem-se inseridos no conselho. Ao entrar num novo meio, é como se tivessem que apreender a cultura, bem como as regras de conduta e os valores deste ambiente onde se inseriu. Esta é uma característica própria do momento de adaptação pelo qual passam os novos conselheiros e que é comum a fases de adaptação a novos espaços.

Por outro lado, pode indicar que há certa resistência a esses novos entrantes e em fazê-los sentir incluídos. Ao atribuírem sua tímida participação à recente inserção, nos levam a retomar e reforçar a discussão que iniciamos na seção 7.2.1, quando, ao percebemos que, embora a maioria dos entrevistados tenha apontado para a presença de debates, um deles alega que há pouca discussão. Neste momento, sugerimos que algumas pessoas poderiam se sentir excluídas da participação, de onde surge a hipótese de que haveria um processo de inibição dos membros novatos, como se os conselheiros mais antigos se fechassem à discussão.

Esta mesma hipótese foi reforçada pela discussão realizada no item 7.3.1, quando verificamos que 19 sujeitos são responsáveis por 78,68% da vocalização no conselho e suspeitamos novamente da intimidação de novos participantes, teoria esta reforçada pelos argumentos de E5 e E7, que citaram o poder da linguagem como barreira no processo participativo. Assim, no momento em que três conselheiros atribuem a causa de serem menos participativos à recente inserção no conselho, toma fôlego a ilação de que há um processo de intimidação de novos entrantes no processo discursivo.

Todavia, apesar de considerar natural a necessidade dos conselheiros em se familiarizarem com as discussões, as falas apontam ainda que, por estarem há pouco tempo no conselho, sentem que precisam adquirir maior conhecimento, quando relatam que querem estudar e conhecer mais (E4, Segmento Usuário), que estão “numa fase de observação, de levantamento de dados” (E7, Segmento Profissionais de Saúde) e que este é “um serviço muito

complexo, abrange muita muitas leis, muitas medidas, resoluções que são alteradas constantemente” (E14, Segmento Usuário).

Estes excertos sugerem-nos que há uma suposta primazia do saber, de forma que quem não conhece suficientemente e quem não está a par das leis, medidas e resoluções, se sinta excluído. Este é um apontamento preocupante, quando pensamos que pelo próprio princípio do conselho, este deveria ser um espaço aberto à participação social e à expressão das demandas populares, e não de primazia do saber técnico. O conselho deve primar pela inserção da comunidade nas discussões, entendendo os cidadãos como detentores de conhecimento da realidade e porta-vozes dos problemas locais, sem deixá-los sentir excluídos pela falta de saber técnico.

Outros dois entrevistados que alegam ter uma participação intermediária justificam suas posturas com argumentos que nos remetem a uma participação protocolar, quando afirmam preferir outro tipo de participação. Enquanto o depoimento de E10 atribui valores de certo ou errado e não dá valor à capacidade argumentativa exercida na plenária, o depoimento de E12 indica um afastamento da participação:

60%. [...] Eu sou mais é de escrever, eu gosto mais de pedir por escrito. O protocolo e peço a resposta, do que ir na plenária e falar. Por escrito para mim é o que vale. (E10, Segmento Usuário).

[...] Eu procuro mais ouvir, é... aquilo que nós temos ali é... pessoas realmente é.. atuantes no conselho, que são pessoas as vezes, o pessoal, um aposentado, que ele é talvez um usuário, ele fica mais ali por conta da comunidade ali, tá ali, participa mais. [...] (E12, Segmento Prestadores de Serviço).

Chama-nos especialmente atenção o depoimento de E12, que indica que o entrevistado parece se eximir de participar mais ativamente com base na alegação de que há outras pessoas mais atuantes que deveriam fazer isto. O conselheiro ainda cita o exemplo de pessoas aposentadas, sugerindo que por terem mais tempo livre, estes deveriam participar mais. Há uma contradição importante nesta fala. Por um lado, E12 é conselheiro e, portanto, responsável pelo elo entre o conselho e sua coletividade, devendo representar seu segmento e manifestar as ideias e as demandas do grupo que ele representa, além de articular os interesses do conjunto dos usuários (BRASIL, 2013a). Por outro lado, se exime deste papel alegando que deveria deixar para quem participa mais e está mais perto da comunidade este papel de representá-los. Indo além, este depoimento se torna ainda mais significativo ao verificarmos de onde parte esta fala, ou seja, de um representante do segmento dos Prestadores de Serviço. Ao estabelecermos um paralelo ao que constatamos anteriormente, reforçamos a hipótese de que há uma representação proforma neste segmento, como se estivesse no conselho apenas para ocupar um espaço.

Após realizarem uma auto avaliação, os entrevistados discorreram a respeito da atuação de seus pares e do conjunto dos conselheiros. A participação dos conselheiros foi compreendida como boa por nove entrevistados, apontando que eles participam das reuniões e discussões, agindo de forma otimista e com interesse em participar:

Os conselheiros participam bem também, por que dificilmente você fica sem uma reunião que não há quórum. Todos são de interesse, de interesse público. São voluntário. E tem uma discussão legal. (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

[...] Olha, eu realmente... eu vejo que tem conselheiro que realmente ele veste a camisa do conselho, ele briga, ele vai no hospital fazer uma visita lá [...] Então tem conselheiro que ele, ele briga, ele briga muito, ele é muito atuante nisso aí, por que ele, igual eu te falei, ele veste a camisa. [...] E tem aqueles outros que ficam mais no anonimato, mas que também quando sai com uma resposta, com uma palavra pra dar, ele dá uma palavra boa com, é... assim dentro daquilo que ele consegue enxergar, dentro das suas limitações né, por que ele, conforme eu te falei, as vezes muitos trabalha né. Muitos trabalham no dia a dia, e vem mais é na reunião, escutar. E coloca em prática aquilo que, um pouco talvez que ele conhece. Tem uns que conhece demais, tem outros que conhece de menos, tem outros que tão chegando agora, então, dá uma balançada. Mas aqueles que conhece bastante costuma dar um embate forte aí, aqui no conselho. (E12, Segmento Prestadores de Serviço).

Corroborando Duarte e Machado (2012), que sinalizam a capacidade e oportunidade de compreensão dos conselheiros como um fator determinante para efetiva participação, E7 destaca que embora a participação seja satisfatória, a falta de entendimento sobre o próprio papel tende a prejudicar essa participação, isto por que ao não compreenderem a dimensão do seu próprio papel, o processo argumentativo tende a ser prejudicado:

Eu acho que tem bastante que participam muito, só que eu acho que nós precisamos de, talvez, de um treinamento, de uma capacitação, pra entender realmente o papel de cada um, de como que a gente pode argumentar, sabe. Por que às vezes eu vejo o pessoal meio inflamado sem precisar, então as vezes é falta um pouco de preparo né. (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

A fala de E7 nos aponta que, embora o nível de participação dos conselheiros seja satisfatório, há uma falta de entendimento comum, atribuída pelo entrevistado à falta de treinamentos, capacitações ou qualificações que possibilitem ao conselheiro compreender melhor suas atribuições e o papel da instância onde atua, o que poderia resultar em melhoria de qualidade na participação.

Foi destacada também a limitação socioeconômica como determinante do processo participativo, uma vez que tais dificuldades são impostas à parte da sociedade, que mesmo assim persiste em participar. O mesmo depoente destacou também a sua preocupação com relação à ausência de jovens participando deste espaço:

Eles são bastante participativos né. É claro que eles têm limitações, né,... infelizmente o acesso a determinadas coisas é negado à maioria da população. E são justamente

essas pessoas que nos representam. Então eles têm suas limitações, têm suas dificuldades, tem as suas lutas diárias, mas são pessoas assim, que procuram estar atuantes, participativas dentro daquilo que ele se propõe. Muitos vêm isso aqui como uma vaidade pessoal, o que eu não acho que seja negativo, a partir do momento que você se compromete e atua. Agora, eu percebo também por outro lado que falta juventude. É... um número de pessoas mais jovens participando é pequeno. E isso me preocupa com relação ao futuro. (E14, Segmento Usuário).

O entrevistado destaca a limitação socioeconômica como relevante na medida em que, mesmo com “lutas diárias” a vencer, as pessoas se apropriam do conselho como um meio de buscar por melhores condições na saúde. Por essas “lutas diárias” podemos compreender a própria rotina de vida e trabalho dos cidadãos, acrescidas da sua participação no conselho, que carrega consigo dificuldades, a exemplo da locomoção, já que uma boa parte dos conselheiros reside em regiões afastadas e precisam, na maior parte das vezes, contar com o transporte público. Além disso, podemos citar a dificuldade relativa à restrição de tempo, por terem que trabalhar para o sustento próprio e ainda atuar no conselho. Esta constatação corrobora Justino Filho (2007), que destaca uma cultura cívica ainda tímida desfavorecida por condições socioeconômicas, um dos principais obstáculos ao bom "desempenho institucional" dos conselhos.

Mais uma vez, valemo-nos das palavras de Marques (2009) para sustentar nossas análises, quando afirma que as desigualdades econômicas e a invisibilidade social podem criar barreiras ao engajamento na deliberação. Indo além, a autora ressalta que os constrangimentos impostos por relações sociais e econômicas desequilibradas é um dos fatores que afetam o desenvolvimento de processos comunicacionais ligados à troca argumentativa e à orientação dos sujeitos em direção ao mútuo entendimento (MARQUES, 2009).

Além disto, o entrevistado ainda destaca que apesar dos conselheiros terem interesse em participar e saberem da importância que têm, é preocupante a falta de engajamento da sociedade, já que boa parte dos cidadãos não se interessam em ocupar estes espaços:

[...] A minha grande preocupação, volto a dizer é com os que virão amanhã, por que eu não tenho percebido um interesse da sociedade em abraçar esses movimentos como ocorria no passado. (E14, Segmento Usuário).

Agregando os dois trechos das falas de E14, ressaltamos a importância de que haja interesse da sociedade em dar continuidade ao projeto de controle social. Ao destacar a escassez de jovens no conselho, fato este corroborado pela análise do perfil dos entrevistados, quando verificamos que o mais jovem dos entrevistados tem 38 anos de idade e que a média de idade dos mesmos é de aproximadamente 59 anos, o entrevistado indica uma possível “falta de oxigenação” do conselho e carência de pessoas interessadas em dar continuidade ao controle

social, iniciado pela abertura dos canais participativos. Este apontamento torna-se ainda mais preocupante quando analisado paralelamente ao tempo de conselho dos entrevistados, onde verificamos que eles têm em média 8 anos de atuação, com destaque para membros com 18 e 19 anos.

Todavia, ainda que seja compreensível a preocupação pela escassez de jovens no conselho, estes dados corroboram o estudo de Tijūnaitienė, Neverauskas e Balčiūnas (2009), em que relatam que esta é uma característica natural à participação cívica, uma vez que pessoas mais maduras (no geral com mais de 35 anos de idade) são mais aptas a participar porque são experientes e têm conhecimento sobre como fazê-lo, dedicando seus próprios tempo e esforços voluntariamente, por compreenderem as motivações e a essência dessas atividades

Foi destacada também a busca ativa dos conselheiros e o interesse desses em participar para além apenas das reuniões. Enquanto membro representante do governo e tendo participado de diversos outros conselhos, E2 estabelece uma base comparativa e considera o conselho municipal de saúde de Juiz de Fora como o mais atuante entre os que conhece:

Ativamente! Todos eles me procuram... [...] Eles sempre estão procurando. [...] Me ligam, a gente atende todos, marca uma reunião junto com a gente que a gente atende todos. Seja da zona rural. [...] Além da reunião, sim. É muito atuante aqui mesmo o conselho. Eu nunca... De todas as cidades que eu trabalhei, que eu morei, eu nunca vi um conselho tão atuante igual aqui em Juiz de Fora. (E2, Segmento Governo).

Por outro lado, em contrapartida aos pontos de vista apresentados até aqui, cinco entrevistados julgam a participação como insuficiente ou razoável, dentre os quais se destaca o depoimento de E2, que contrasta a fala de E3 e avalia que os conselheiros são atuantes apenas no momento de reuniões da plenária, passando por dificuldades de participação, por exemplo, nas comissões:

São, são, são atuantes. [...] Olha só: são atuantes neste momento, de plenário. Você vê que é um conselho municipal de saúde que você pôde observar que o plenário ontem estava cheio, mesmo a gente mudando a pauta, por que não era aquela pauta. [...] Nas comissões nós estamos com algumas dificuldades, por que às vezes não interessa muito para as pessoas e tal. [...] (E3, Segmento Usuário).

Ainda entre aqueles que consideram que a participação ainda é tímida, destacamos a fala de E13, que novamente reforça a restrição da vocalização a um número limitado de sujeitos, e a fala de E1, que reitera que há casos em que a participação ocorre apenas por interesse político, reforçando os argumentos de silenciamento dos interesses coletivos em prol de interesses particulares ou grupais:

É o que eu te falei, todos são 54, mas nem todos falam. Desses 54, no máximo uns 15 é que falam, o resto apenas apoia ou não e vota. (E13, Segmento Profissionais de Saúde).

Muitos estão por interesse político. Político põe antes aqui... [...] Não pode prevalecer não. Por que eu falo com eles: não, vocês estão errados... 'Ah não, mas se nós não fizer isso nós não arruma nada lá no bairro'... 'Ah, arruma, arruma sim...' [...] (E1, Segmento Usuário).

O depoimento de E13 novamente corrobora o que foi detectado na seção 7.3.1, quando verificamos que um número restrito de conselheiros se encarregam da vocalização. O entrevistado chama a atenção ao fato de que do total de conselheiros efetivos, poucos são aqueles que participam do processo discursivo, sendo que os demais participam apenas das votações. Este dado assinala que boa parte dos conselheiros restringem sua participação apenas às votações, reduzindo também sua voz enquanto representante dos interesses coletivos e deixando abalada sua responsabilidade pela discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde. Por sua vez, o depoimento de E1 volta a colocar em cena a percepção de haver conselheiros motivados por interesses políticos, apesar de assinalar que estes interesses não podem e não prevalecem no conselho, posto que há uma cobrança dos próprios conselheiros neste sentido, de atenção e vigilância pelo interesse coletivo.

Chamou atenção ainda a fala de E3, que assevera sobre o interesse dos conselheiros em participar e o reconhecimento da importância deste papel. Conforme o trecho abaixo, segundo E3, no geral os conselheiros inseridos há mais tempo no conselho têm consciência sobre o seu papel e importância, porém foi incisivo ao apontar a falta de interesse por parte do segmento governamental, inclusive no que diz respeito ao comparecimento nas reuniões:

Aqueles que tão mais, mais, mais na estrada, sabem a importância que tem. Os mais novatos vão aprender. Mas eles têm consciência do fato. [...] Sabe da importância que tem. O próprio conselho sabe da importância dele no contexto. [...] Não vou dizer pra você a maioria.. Às vezes... Vamos dizer que 95% tem interesse. 5% estão ali por um cumprimento de dever de ofício. Não vamos... Mas posso listar pra você o segmento governamental. Posso mostrar para você a lista de presença, as ausências. Não tem interesse... E eles deveriam ter mais interesse para estar aqui falando pelo governo. [...] (E3, Segmento Usuário).

Esta fala reforça o processo de intimidação a membros novatos, ao apontar que enquanto os conselheiros mais antigos têm interesse em participar e sabem da importância, os novatos aprenderão com o passar do tempo. Além disso, este discurso assinala que a maioria dos conselheiros realmente têm interesse em participar, mas que há um grupo (possivelmente o segmento governamental) que está lá apenas para cumprir algum dever de ofício, o que reforça nossa tese de que há uma representação apenas formal. A fala de E4 também ressalta esta

participação proforma, quando aponta a possibilidade de que hajam alguns conselheiros que não estejam comprometidos em participar:

Pois é, é isso que eu te falo, eu acho que alguns estão por estar né. Por que é... Se tem um problema lá na sua área, eles não chegam aqui e expõe, entendeu? Então se eles não expõem, fica difícil. (E4, Segmento Usuário).

Além de chamar a atenção para representação protocolar, E4 nos faz retomar também a problemática da vocalização. Ao apontar que alguns conselheiros não expõem o que está acontecendo, reforça o argumento de que as falas concentradas em poucos atores e a falta de vocalização por grande parte dos conselheiros é problemática e faz com que apenas alguns representantes sejam de fato articuladores da voz da população.

O apontamento de E5 sinaliza que, mais do que apenas comportamentos motivados por posições políticas, muitas vezes os conselheiros sequer compreendem a importância de seus papéis e que por esta razão se deixam levar por interesses paralelos. Além disso, sinaliza que há assentos no conselho ocupados por posições e determinações políticas:

[...] Eu acho que eles não percebem que aquilo é uma coisa muito importante. Que por que muitas das vezes o conselheiro ele vem a ser conselheiro por influência política também. É um vereador que quer que ele seja conselheiro, quer que ele esteja inserido no meio, participação nos movimentos sociais, ele traz visibilidade. Tanto isso quanto a opinião de parlamentar. E aí, mas também tem as pessoas que estão realmente comprometidas com aquilo, com a assistência, com o bem-estar da sociedade no geral. A maioria aí eu creio que esteja comprometida. Não sei se ela está tão esclarecida assim, sabe tanto da importância dele. Por que acho que nós também não temos muito como formar politicamente, esses cursos acho que seria importante né. (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

Esta fala indica tentativas do poder público em manipular ou ocupar espaços reservados à participação popular, o que faz com que os assentos sejam ocupados por pessoas mais comprometidas com interesses políticos do que com o interesse coletivo, mais uma vez sob o pretexto de participação social.

Um dos entrevistados salienta que embora saibam da importância do seu papel, há uma certa vaidade em participar do conselho advinda da própria função do conselheiro que recebe alto grau de importância, ao ter o poder de participar e decidir sobre as políticas públicas. Se por um lado esta vaidade pode ser importante, por outro lado esse orgulho poderia vir a atrapalhar, conforme aponta E7:

Eu acho que alguns têm consciência sim, da importância de participar. Mas há uma certa vaidade em participar, entendeu, do conselho. Não sei até que ponto isso atrapalha, ou não. Mas algumas pessoas você vê que é uma vaidade. Mas não que eles não trabalhem, entendeu? Não que eles não façam alguma coisa. É um orgulho pra eles participar. E eu acho isso até bacana, sabe. Por que as vezes, eles não têm a oportunidade de, igual você estudou, igual eu estudei, né, e a gente vai estar em

lugares que a gente escolhe e, as vezes tem muita gente aqui que não teve oportunidade. Então isso aqui é um, de certa forma, é um... né, você tá decidindo certas coisas que são importantes pra sociedade, né, pra eles, pro usuário, pra outros amigos, pra outros colegas. Então eu acho que isso é importante, sim né. (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

A fala de E7 denota que o interesse da comunidade em participar muitas vezes se sustenta na posição de prestígio que é atribuída ao papel de conselheiro, enquanto articulador entre Estado-sociedade, responsável por atuar na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas.

Destes depoimentos podemos extrair que embora seja unânime o entusiasmo dos conselheiros com relação à participação, o que se observa é que alguns se disseram mais envolvidos com as questões e debates do conselho, enquanto outros se consideram menos implicados nesse processo. Pelos discursos entusiastas, notamos que eles entendem que é importante desempenhar esse papel, o que pode ser atribuído a enxergar o conselho como uma chance de lutar por melhorias que irão beneficiar a sociedade, além de ser uma maneira de adquirir conhecimentos e tornar-se um sujeito ativo nas decisões das políticas de saúde do município. Daí podemos afirmar que embora compreendam a importância em participar e a maior parte julga que o faz de forma efetiva, há, no entanto, membros que se mostram ainda pouco envolvidos. Por fim, as análises aqui dispostas indicam possíveis entraves ao exercício do papel do conselheiro, tais como falta de entendimento sobre o próprio papel, condições socioeconômicas dos conselheiros, interesses políticos e falta de comprometimento.

7.4 Controle Social

Para compreender o processo do controle social, foram identificadas, analisadas e interpretadas informações sobre como ele é exercido e como o conselho se consolida como espaço de controle social. Para isso, verificamos o que se atribui como papel e função do conselho, para dessa forma analisar se este é um espaço aberto ao exercício do controle social e como ele é exercido no conselho.

7.4.1 O conselho municipal de saúde e o controle social

Temos de antemão, conforme demarcado no referencial teórico desta dissertação, a íntima ligação entre conselho e controle social, uma vez que este espaço participativo nasce como um desenho institucional para concretização do controle social nas ações de saúde (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013). Assim, consideramos relevante identificar o que os

entrevistados entendem como papel e função do conselho, a fim de observar se eles compreendem este como um espaço para o exercício do controle social.

Considerando o conteúdo das falas, foi elaborado o Quadro 7, que traz os papéis e funções do conselho na visão dos entrevistados, agrupados pelos eixos de sentido, visando captar o sentido que os conselheiros atribuem ao conselho ao descrever sobre o papel e função do conselho através das essências das falas dos entrevistados:

Quadro 7 - Papel e Função do conselho na visão dos entrevistados

Eixo de sentido das falas	Falas dos entrevistados
Espaço para discutir, decidir e direcionar políticas de saúde	<p>[...] Faz falta pra muita região aí... [...] <u>O conselho ajuda a decidir muita coisa, dá muitas diretrizes. Dá, como se diz, dá o primeiro passo para as diretrizes.</u> (E1, Segmento Usuário).</p> <p>O conselho tem um <u>papel extremamente importante pra sociedade</u>, no contexto de saúde. <u>Por que é o único centro deliberativo, é o conselho</u>, é... com voz [...] Ele é muito importante no sentido de encaminhar e de formar, da melhor forma possível, <u>de discutir, discutir e encaminhar as políticas públicas de saúde</u> [...] (E5, Segmento Profissionais de Saúde).</p> <p>[...] <u>tudo que se traz pro conselho é tomada decisões.</u> A gente às vezes não consegue o que a gente quer, mas pelo menos a gente tem condição de lutar [...] (E11, Segmento Usuário).</p> <p>[...] a nossa principal bandeira né, do conselho, é <u>defender o SUS.</u> [...] A outra é de <u>fiscalizar o dinheiro público, né</u>, como gastar o dinheiro público. Por que se nós somos do conselho, ele é <u>cogestor.</u> [...] (E8, Segmento Usuário).</p>
Espaço de fiscalização e cobrança	<p>[...] ajudar a gente a <u>fiscalizar e cobrar todas as ações dentro do município voltadas pra saúde.</u> Uma aprovação de uma lei, a fiscalização [...] eles fiscalizam se aquele projeto realmente tá sendo bom pra população, cobram um retorno da gente, <u>todos os projetos na saúde são aprovados pelo conselho e tem que ter uma análise do conselho, se não, não vai...</u> (E2, Segmento Governo).</p> <p>Olha, <u>eu entendo que a função do conselho é fiscalizar.</u> [...] Eu acho que o papel dele é fazer valer as, as resoluções tomadas entende. E fazer com que seja cumprida, cumprido aquilo que nós decidimos. [...] (E4, Segmento Usuário).</p> <p><u>A função do conselho municipal é ver, fiscalizar, opinar, né.</u> [...] (E6, Segmento Usuário).</p> <p>[...] é a <u>cobrança e a fiscalização.</u> Nós temos que fiscalizar. Não tá lá na lei? [...] <u>Ele é deliberativo também</u> né. [...] Mas pra mim é fiscalizar, pra ver se está sendo realmente cumprido aquilo que foi determinado aqui. [...] (E12, Segmento Prestadores de Serviço).</p> <p>[...] foi uma, uma fórmula implantada aí depois da 1988, quando teve o advento do SUS, <u>é, de encontrar pra poder controlar, não é no sentido de fiscalizar não, no sentido de avaliar melhor as coisas que o prefeito faz.</u> (E13, Segmento Profissionais de Saúde).</p>
Espaço de participação	<p>[...] ele veio para contribuir com a <u>participação do cidadão na gestão do sistema</u> [...] Mas é um papel de [...] <u>representar o cidadão na gestão da política.</u> [...] A gente está num exercício de uma função de relevância pública. [...] A função do conselho no meu entendimento é fazer com que as políticas públicas [...] <u>fazer com que as coisas aconteçam no sistema</u> né. [...] É, e a gente precisa dar uma resposta à sociedade. (E3, Segmento Usuário).</p> <p>[...] <u>ele seria a voz que muitas pessoas cobram</u> que não são ouvidas, ele seria aquela voz que poderia levar às autoridades, aos governantes de uma maneira democrática né, os anseios e os questionamentos que a sociedade tem. [...] E por conta disso eu acredito que o papel do conselheiro e do conselho de saúde seria <u>não só cobrar das autoridades, mas também informar e conscientizar a população.</u> [...] (E14, Segmento Usuário).</p>
Espaço para discutir demandas e orientar as ações ao interesse público	<p>[...] <u>refletir sobre as necessidades e demanda do município, do povo, e implementar, e implantar novos serviços</u> que atendam realmente à comunidade, né. [...] (E7, Segmento Profissionais de Saúde).</p> <p>Ah, para ajudar a cidade. Não só a cidade, mas toda a região. <u>Ajudar o povo.</u> [...] (E9, Segmento Prestadores de Serviço).</p> <p>O papel dele, no caso, <u>é um papel relevante. E multiplicador.</u> [...] É <u>buscar sempre aquilo que a comunidade tá pleiteando.</u> (E10, Segmento Usuário).</p>

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Conforme se verifica pelo Quadro 7, os entrevistados compreendem o conselho sobretudo através de quatro eixos: conselho como um espaço para discutir, decidir e direcionar políticas de saúde; espaço de fiscalização e cobrança; espaço de participação; e espaço para discutir demandas e orientar as ações ao interesse público.

Pela análise dessas falas, podemos afirmar que se mostram atentos à importância do conselho, atribuindo à ele o seguinte sentido: trata-se de um “centro deliberativo”, destinado à “participação do cidadão na gestão do sistema” e a fazer “representar o cidadão na gestão da política”, sendo responsável por “discutir e encaminhar as políticas públicas de saúde”, “fiscalizar e cobrar todas as ações dentro do município voltadas pra saúde”, “defender o SUS”, “fiscalizar o dinheiro público”, “refletir sobre as necessidades e demanda do município” (E7, Segmento Profissionais de Saúde; E5, Segmento Profissionais de Saúde; E3, Segmento Usuário; E2, Segmento Governo; E8, Segmento Usuário; E8, Segmento Usuário).

Além de compreender os papéis do conselho, considerando as funções fiscalizadora, mobilizadora, deliberativa e consultiva do conselho no exercício do controle social, legalmente estabelecidas pela CGU (2012), buscamos estabelecer articulações entre essas e os depoimentos aqui considerado, a fim de verificar se são reconhecidas pelos conselheiros. Neste sentido, o Quadro 8 abaixo mostra essas articulações, através de trechos que remetem às funções legais do conselho:

Quadro 8 - Trechos que remetem às funções legais do conselho

Função	Falas dos entrevistados
Fiscalizadora	[...] Fiscalizar e cobrar todas as ações dentro do município voltadas pra saúde [...] (E2, Segmento Governo).
	[...] Eu entendo que a função do conselho é fiscalizar [...] (E4, Segmento Usuário).
	[...] A função do conselho municipal é ver, fiscalizar, opinar [...] (E6, Segmento Usuário).
	[...] Fiscalizar o dinheiro público (E8, Segmento Usuário).
	[...] É a cobrança e a fiscalização [...] (E12, Segmento Prestadores de Serviço).
	[...] Encontrar pra poder controlar, não é no sentido de fiscalizar não, no sentido de avaliar melhor as coisas que o prefeito faz. [...] (E13, Segmento Profissionais de Saúde).
Mobilizadora	[...] É um papel relevante. E multiplicador. [...] (E10, Segmento Usuário).
	[...] Não só cobrar das autoridades, mas também é... Informar e conscientizar a população. [...] [...] (E14, Segmento Usuário).
Deliberativa	[...] Por que é o único centro deliberativo, é o conselho [...] (E5, Segmento Profissionais de Saúde).
	[...] Tudo que se traz pro conselho é tomada decisões [...] (E11, Segmento Usuário).
	[...] Ele é deliberativo também [...] (E12, Segmento Prestadores de Serviço).
Consultiva	O conselho ajuda a decidir muita coisa, dá muitas diretrizes. Dá, como se diz, dá o primeiro passo para as diretrizes. (E1, Segmento Usuário)
	[...] A função do conselho municipal é ver, fiscalizar, opinar [...] (E6, Segmento Usuário).

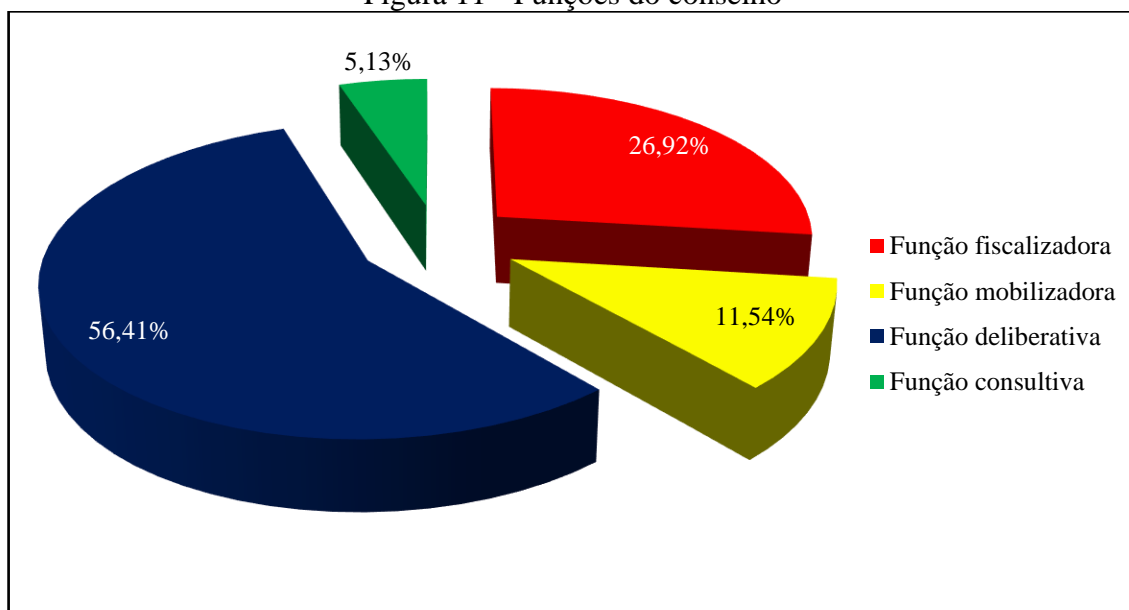
Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Conforme se verifica no Quadro 8, os depoimentos permitem afirmar que o conselho é reconhecido pelas funções de acompanhar e controlar os atos praticados pelo governo (função

fiscalizadora), estimular a participação social na gestão pública e as contribuições para a formulação e disseminação de estratégias de informação para a sociedade sobre as políticas públicas (função mobilizadora), decidir sobre as estratégias utilizadas nas políticas públicas de sua competência (função deliberativa) e emitir opiniões e sugestões sobre assuntos que lhe são correlatos (função consultiva) (CGU, 2012).

Ao analisar essas percepções, notamos que os conselheiros compreendem o que é este espaço, atribuindo a ele papéis e funções que se aproximam daqueles descritos na legislação e na literatura, sendo possível enxergar uma aproximação entre tais depoimentos e a proposta de controle social na saúde. O cumprimento dessas funções foi também verificado na análise do conteúdo das pautas e das discussões, onde se constatou a prevalência do cumprimento da sua função deliberativa, isto é, a sua atribuição de decidir sobre as estratégias utilizadas nas políticas públicas (CGU, 2012):

Figura 11 - Funções do conselho



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Conforme se verifica na Figura 11, o conselho na maior parte do tempo delibera sobre os assuntos de sua competência, além de acompanhar e controlar os atos praticados pelo governo, função presente em 21 pautas. O conselho ainda exerce função de estimular a participação popular e emite opiniões em nove casos e sugestões sobre assuntos que lhe são correlatos por quatro vezes (CGU, 2012).

Assim, depois de captar o sentido que os conselheiros atribuem a este espaço e as funções exercidas pelo conselho, buscamos compreender se, na opinião deles, o conselho obtém

êxito em seu funcionamento, isto é, se consegue cumprir os papéis e funções que a ele são atribuídas.

Todos entrevistados consideram que o conselho cumpre as funções as quais se propõe, sendo que alguns apontaram que o faz plenamente, ao passo que outros consideram que consegue cumprir apenas em partes. Dentre as falas, destacamos as ponderações de três conselheiros que notaram a efetividade e o destaque do conselho de Juiz de Fora com relação a outras cidades:

Tem, tem. Em vista de muitas outras cidades. Tem cidades aí que, as vezes até maior que Juiz de Fora não tem um conselho assim... (E1, Segmento Usuário).

Olha, eu não tenho parâmetros assim de outros conselhos, mas o que eu tenho recebido de informações é que com relação à atuação do conselho, aqui em Juiz de Fora e na região que o conselho representa [...] eu acredito que o conselho ele, ele tenta cumprir seu papel. Mas como eu falei, com muita dificuldade. Né, por conta de vários fatores, principalmente políticos [...] ele tenta sim cumprir seu papel e ele é bastante atuante na região. [...] [Os principais obstáculos são] Política e interesses pessoais [...] (E14, Segmento Usuário).

Faz, faz. O conselho de Juiz de Fora, se eu não me engano, até poucos anos atrás aí, não posso falar o ano certo, mas poucos anos atrás aí, foi até eleito aí um dos melhores do Brasil [...] então, é, o principal obstáculo aí eu acho é falta de compromisso. De algumas pessoas. (E12, Segmento Prestadores de Serviço).

Todavia, embora tenham apontado o destaque do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora com relação a outras cidades, um dos entrevistados reforça que entre os obstáculos à efetividade do conselho, se destacam as questões políticas e a prevalência de interesses pessoais sobre coletivos. Notamos também como obstáculo o que o entrevistado chama de falta de compromisso de algumas pessoas, o que pode ser atribuído, fazendo um paralelo aos achados anteriores, à hipótese de que alguns membros se eximem de participar, afastando-se do processo deliberativo, e à falta de interesse da sociedade em engajar-se no conselho.

Um dos entrevistados assinala ainda que o cumprimento da função do conselho está relacionado a uma secretaria executiva e uma mesa diretora atuantes e comprometidas com seu papel. O fato de contar com estas estruturas de funcionamento é relevante pois confere-lhe um caráter institucional, denotando certa autonomia do conselho, evitando que hajam manobras do poder público, além de garantir a representatividade:

Ah, consegue quando você tem, por exemplo, na frente uma secretaria executiva comprometida a fazer valer isso né. Por que compete também à secretaria executiva e à mesa diretora, é, quando a demanda não é atendida pelo governo e se ela foi deliberada, você tem que buscar os meios legais, que seria no caso a promotoria de saúde. E aí depende dessa mesa encaminhar ou não [...] (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

Vale lembrar ainda que à secretaria executiva cabe fornecer o suporte técnico-administrativo, enquanto à mesa diretora se atribui função de conduzir os processos administrativos e políticos a serem deliberados pelo plenário, promovendo articulações políticas internas e externas e garantindo a intersetorialidade do controle social (BRASIL, 2013b). A existência destas estruturas burocráticas, além de indicar o quão organizado é o conselho, tem como finalidade, ao contar com o trabalho de profissionais, garantir a funcionalidade deste espaço, evitando que ocorram relações de poder entre os próprios conselheiros e que se instaurem rotinas burocráticas capazes de prejudicar as atividades de trabalho (BRASIL, 2013b; FARIA; RIBEIRO, 2011). Assim, podemos afirmar que a existência dessa mesa diretora e secretaria executiva atuantes são importantes no sentido de amenizar os aspectos encontrados anteriormente, como a influência de grupos de poder e a supremacia de interesses particulares, fazendo com que o conselho se torne mais autônomo.

A importância da autonomia fica ainda mais evidente quando identificamos nos discursos de pelo menos três entrevistados a ação do governo como um fator que dificulta ou impede que o conselho cumpra sua função, a exemplo dos trechos abaixo:

[...] Mas às vezes, por bloqueio do próprio governo né, eles não conseguem. Até por conta disso que a gente vê: a gente resolve aqui, o negócio vai lá e volta. Daqui um pouco volta de novo, olha, a gente vai fazer isso. Então eu acho que, de certa forma, há uma, uma, como é que fala, incapacidade do governo, de resolver as questões. [...] (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

A trancos e barrancos mas consegue. [...] Falha todo lugar tem né. 100% é muito difícil, mas o conselho, a gente enquanto conselheiro, pode dar uma base, pode ter uma meta para o conselho de 80% de aproveitamento. [...] Quando a gente depende de uma câmara municipal, aí é muito difícil. Por que quando se depende de uma câmara municipal, que marca só uma reunião lá, o conselho as vezes não é bem aceito. Por que eles, todos eles respeitam o conselho, mas de uma maneira assim diferente, do jeito deles. (E11, Segmento Usuário).

Ao identificar atores da gestão pública municipal como dificultadores para que o conselho consiga cumprir efetivamente seu papel, desvela-se nesta relação um ponto crítico. O conselho nasce exatamente com a proposta de atuar na cogestão de saúde, e a partir do momento em que o próprio governo não o reconhece ou tenta dificultar sua atuação, dá-se a ideia de não reconhecimento da importância do conselho por parte do poder público ou se o mesmo tenta-se obstruir o conselho em nome de interesses particulares.

Das falas analisadas, compreendendo os papéis a partir de quatro grandes eixos de sentido (espaço para discutir, decidir e direcionar as políticas de saúde; espaço de fiscalização e cobrança; espaço de participação e; espaço para discutir as demandas e orientar as ações ao interesse público) e notando as importantes articulações entre os depoimentos dos conselheiros

e as funções atribuídos ao conselho (função fiscalizadora, mobilizadora, deliberativa e consultiva), pode-se depreender que os conselheiros enxergam o conselho como um espaço propício ao controle social, conforme aqui se compreende. Neste sentido, notamos que os conselheiros conferem um papel de destaque ao conselho municipal de saúde de Juiz de Fora comparativamente a outras cidades, evidenciando sobretudo a importância do funcionamento da secretaria executiva e da presença de uma mesa diretora atuante neste sentido, além de notar como possíveis limitações e obstáculos ao seu exercício a presença de questões políticas e pessoais, a falta de compromisso de alguns cidadãos, bem como a ação do governo no sentido de enfraquecer este espaço.

7.4.2 Exercício do controle social

Com intuito de identificar de que forma o controle social é exercido no processo participativo no conselho municipal de saúde de Juiz de Fora, buscamos captar as percepções dos entrevistados sobre as diferentes perspectivas de atuação do conselho, evidenciando as formas pelas quais se realiza o controle social. Abarcou-se assim o papel propositivo do conselho, o acompanhamento das ações e a fiscalização.

Com relação ao papel propositivo, os entrevistados apontam que o conselho atua na formulação de políticas de saúde, ao reconhecerem que exerce influência sobre o processo de concepção dessas. Indicam assim que o conselho municipal de saúde de Juiz de Fora tem cumprido parte do seu papel previsto na Lei nº 8.142, que definiu que o conselho deve atuar na formulação de estratégias das políticas de saúde e, mais do que isso, este se consolida como um “arranjo de governança na formulação de políticas públicas” (ABERS; KECK, 2008, p. 100).

Embora tenha sido quase unânime entre os entrevistados a percepção de que o conselho tem proposto ações para saúde, o representante do governo considera que os conselhos desta área não propõem, mas apenas avalizam e sugerem melhorias nas propostas trazidas pelo governo:

Geralmente nós levamos as demandas e eles geralmente analisam as demandas e nos passam: 'olha, é, concordamos mas a gente acha que assim seria melhor'. É... Eles propõem algumas melhorias nas nossas propostas. Geralmente eles não trazem assim... Geralmente eles recebem a demanda, analisam e dão a opinião deles. O que eles acham que pode otimizar. (E2, Segmento Governo).

Chama atenção o fato de ser o representante do governo quem sinaliza não haver proposições do conselho, o que reforça a hipótese de pré formatação das discussões. A partir do momento em que aquele responsável por representar os interesses da gestão pública municipal afirma que é o governo quem leva as demandas e o conselho apenas analisa e opina

sobre as mesmas, assume-se que as questões partem de “cima para baixo” e não “de baixo para cima”, conforme havia mencionado E6 na seção 7.2.2. Assim, podemos afirmar que ao invés de a comunidade usar o conselho para levar suas demandas, é o governo quem usa o conselho como forma de validar suas decisões, o que caracteriza um problema.

Diante dos apontamentos quando ao caráter proforma do conselho, torna-se ainda mais urgente o acompanhamento das ações por parte da sociedade civil. Assim, o fato de o conselho ser reconhecido por atuar na formulação de políticas públicas, nos leva a acreditar que essas políticas podem tornar-se “mais inclusivas e mais representativas de interesses sociais mais amplos” (ABERS; KECK, 2008, p.103), isto por incorporar em sua composição membros usuários do SUS, que podem usar destes espaços para levar suas demandas e fazê-las transformar em políticas voltadas à resolução destes problemas. Todavia, conforme relata um dos entrevistados, para que essas políticas sejam mais inclusivas e representativas de interesses sociais mais amplos, é necessário que haja um maior engajamento da sociedade, como condição para que o conselho tenha voz ativa, no sentido de ocupar este espaço e conseguir fazer com que, cada vez mais, as ações sejam pensadas e formuladas em conjunto e direcionadas às demandas latentes:

Na medida em que a sociedade apoiar sim. Agora, quanto menos interesse houver, menos voz a gente vai ter [...] na sociedade tudo é movido pelo, pelo eco da voz né. Eu não vou conseguir sensibilizar um prefeito que fica no último andar de um prédio se ele não me escutar. Então é preciso que mais pessoas se unam à minha voz pra que ela ecoe tão alto que chegue aos ouvidos dele. Por que ele não vai descer pra me ouvir. [...] Então, é, eu acredito que na medida em que, é, a população se mobilizar e apoiar as decisões do conselho, a gente vai ter mais espaço. (E14, Segmento Usuário).

Este depoimento reitera a importância de que a sociedade se aproprie deste espaço, entendendo-o como a forma legalmente instituída de intervir nas decisões públicas no sentido de direcioná-las ao interesse da comunidade. Conforme trecho supracitado, a importância em mobilizar-se e ocupá-lo se justifica por ser esta a forma que os cidadãos e usuários do SUS têm para unir-se e fazer-se ouvir, levando as demandas e fazendo com que elas cheguem até as autoridades responsáveis pela execução dessas ações. Assim, podemos afirmar que na medida em que os cidadãos se afastam deste espaço criado para dar voz às demandas, é como se essa voz fosse silenciada e, por consequência, abala-se o poder do conselho de participar e exercer influência sobre o processo de formulação de políticas públicas. Entre os fatores impeditivos para cumprimento dessas ações, foi citada a vontade política e a escassez de recursos:

[...] Para ela ser cumprida, ela precisa também que haja boa vontade política também, recursos, e esbarra muitas das vezes nos recursos também. O governo quer atender a uma determinada demanda, mas esbarra no recurso. Mas as questões deliberadas, pelo

menos se elas não são atendidas na sua integridade, ela é atendida parcialmente de forma, por que você tem outros locais que você precisa levar os recursos e aí, muitas das vezes uma coisa está deliberada aqui, nem sempre ela pode ser cumprida por que não tem recurso para fazer. (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

E a gente está vivendo, igual eu te falei, na atual conjuntura, aonde o país está realmente passando uma crise em várias as áreas. [...] Mas aí é aquele negócio, as vezes um vai empurrando pro outro, e as vezes não sai aquilo que a gente quer. [...] (E12, Segmento Prestadores de Serviço).

Ambas barreiras são citadas também por Cristo (2012), quando relata que entre as limitações que a participação da sociedade civil enfrenta, estão as estruturas estatais pouco comprometidas com processos de democratização e a falta de recursos. Quando E5 afirma que é necessário que “haja boa vontade política”, ele nos evidencia que entre as propostas emergentes no conselho, apenas aquelas agradáveis aos olhos do governo sobrevivem e são respeitadas, enquanto as demais serão desconsideradas por não serem compatíveis com tal vontade. Assim, poderia ocorrer de propostas interessantes serem descartadas por mera questão política, o que evidenciaria, nas palavras de Cristo (2012), a presença de estruturas estatais pouco comprometidas com processos de democratização. Quanto à escassez de recursos, ainda que seja relevante e, conforme mencionam os entrevistados, sobretudo frente a atual crise financeira que assola o país, os conselheiros notam que esta pode ser utilizada como “desculpa” para não se cumprir as propostas e de forma a justificar o não cumprimento de determinadas ações. Ainda com relação a esses fatores limitantes, chamaram atenção as falas de dois entrevistados, que destacam a falta de qualificação dos conselheiros:

[...] Depende do perfil né, por que tem esse poder, tem. É preciso saber se eu tenho a pessoa, se eu quero qualificar as pessoas para elas entenderem da importância de fazer valer essa influência que tem. Por que o conselho, as pessoas, vem aqui, faz as suas reuniões, as suas decisões tomadas pelo conselho. [...] Quando ela não consegue, ela volta a ser discutida de novo e ela ser deliberada. Vai deliberar, quem ganha é quem articula melhor. (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

Eu acho que num certo ponto sim. Eu acho que não na sua totalidade. É aquilo que eu falei: as pessoas tentam fazer o melhor, mostram os caminhos assim, por que tem muito usuário, então eles sabem da necessidade, das demandas... Eles apresentam isso. Né. Cabe a gente aqui organizar. Mas muitas vezes eu vejo que essa organização, ela não sai daqui. Sai de propostas do governo. E eles fazem normas e regras que muitas vezes a gente não tem a compreensão, por isso que eu falo na capacitação, de que que realmente eles tão falando, entendeu. Até onde aquilo que está escrito, que eles tão falando é o que, é o que a gente está entendendo. (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

Os excertos acima reforçam dois pontos já discutidos anteriormente: o uso da linguagem como instrumento de inibição e sinalizações quanto ao risco de o conselho se transformar numa forma de legitimação do discurso governamental. Conforme exposto na seção 7.3.1, E5 reforça que “quem ganha é quem articula melhor”, reforçando o uso do poder da linguagem, onde

notamos novamente sinais de como a falta de habilidade discursiva imantada de uma suposta racionalidade pode se constituir em uma barreira no engajamento na deliberação (MARQUES, 2009). E7, ao apontar que muitas coisas saem de propostas do governo, reforça a preocupação quanto à possibilidade de que este traga para o conselho assuntos de seu interesse e que não seja utilizado como um espaço de canalização e discussão das demandas da população, fazendo assim com que se transforme numa forma de legitimação do discurso governamental.

A falta de recurso é utilizada como argumento para que o poder público não ofereça capacitação aos conselheiros. Esta lacuna, por sua vez, retarda o processo de aprendizagem de parte dos conselheiros acerca de suas funções e perpetua as assimetrias de poder entre os membros, em particular, no que se entende enquanto factibilidade das propostas amparada na racionalidade discursiva. Importa notar que esta temática (qualificação dos conselheiros) será tratada com mais profundidade na seção 7.5.2.

Foi ressaltado também o papel das comissões nessas proposições. De acordo com os entrevistados, a função propositiva do conselho é facilitada pela atuação dessas, que são responsáveis por fazer com que os trabalhos do conselho sejam subdivididos em grupos que se dedicam à tratativa de temáticas específicas, como a saúde do trabalhador, saúde do idoso, saúde mental e assim por diante:

[...] Aqui tem comissões. Então, muitas vezes, essas comissões que decidem pontos importantes. Como a gente tem a demanda de uma ata muito extensa, o que decide nessas comissões, eu não tenho percebido uma entrada na reunião. Isso não é conversado. Então eu não sei o que essas comissões têm decidido né. [...] (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

É, aí o conselho, como eu te falei, ele é desmembrado né, subdividido em comissões, lá nessas comissões é que são discutidas essas soluções e depois encaminhadas para os órgãos responsáveis. O conselho na verdade, aqui as nossas deliberações são mais de cunho administrativo [...]. E dentro das comissões [...] lá são discutidas soluções e aí encaminhadas por via documento, a gente deliberou dessa forma, entende que é assim. Se for pertinente, traz para a plenária, se não for pertinente ali mesmo já é resolvido e a gente fica só depois cobrando a implementação ou não né. (E14, Segmento Usuário).

Notamos que estas comissões são intersetoriais, não possuem caráter deliberativo e constituem formas de assessoria ao plenário (BRASIL, 2013b), onde são realizados estudos e discussões específicas relativas a diversas temáticas. Assim, após discutir num ambiente mais restrito, as discussões são levadas ao conselho (este sim, com caráter deliberativo) já com pareceres prévios emitidos. Estas comissões são de suma importância no conselho, no sentido de otimizar o trabalho, o tempo e as discussões, de forma que apenas as questões realmente pertinentes e passíveis de deliberação são levadas à plenária, ficando as demais a cargo das próprias comissões.

Para além de propor ações, foi mencionada também a relação de troca de experiências entre conselho e poder público, uma vez que no conselho se discutem as necessidades da população e que são levadas até os gestores municipais por meio dos representantes presentes neste espaço:

É uma troca de experiência né, entre secretaria e conselho, por que o conselho sabe tudo que está precisando e o que tá faltando. E o conselho, o conselheiro, o conselheiro traz para o conselho, e o conselho leva para a secretaria. Mas geralmente nas reuniões alguém lá da secretaria está junto e já fica fácil da gente se comunicar um com os outros. A secretaria fica sabendo das coisas por meio do conselho, por meio dos conselheiros. Os conselheiros moram nas regiões que tem as UBS e os conselheiro sabe da situação que tem as UBS, e os conselheiros sabe da situação das UBS, aí traz pro conselho de saúde. [...] É muito difícil, eu poder dizer isso pra você assim 100% [das ações são cumpridas]. 100% não é possível né. Mas numa base de uns 70 a 80% sim, é cumprido sim. Por que são coisas de necessidade dos usuários né. O que a gente corre mais atrás é necessidade do usuário. (E11, Segmento Usuário).

Esta “troca de experiências” relaciona-se ao papel do conselho de articulador das demandas entre sociedade e Estado, enquanto um espaço que aglutina representação do governo, dos usuários do SUS, dos prestadores de serviço e dos profissionais de saúde. Todavia, ainda que a maioria tenha apontado este papel propositivo do conselho, alguns ressaltaram que apesar de propor, muitas dessas ações não são cumpridas:

[...] Eu vou repetir: se volta, é por que não é cumprido né. Se eles estão insatisfeitos, é por que não é cumprido. (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

Algumas sim, outras não [...] Só começa mas não acaba. (E1, Segmento Usuário).

Propõe, né. Mas consegue poucas coisas, por que é isso que eu te falei. Mediante as dificuldades, né [...] (E4, Segmento Usuário).

Propõe. [...] Agora, você propor é uma coisa. Agora, se vai ser feito, é outra coisa né. [...] (E12, Segmento Prestadores de Serviço).

A constatação de que as ações propostas pelo conselho não são cumpridas é relevante e evidencia falhas nesta função propositiva, colocando em destaque problemas quanto à voz do conselho. Assim, quando ações são definidas e não cumpridas, revela que as decisões tomadas não ecoam, evidenciando que falta ao conselho formas de fazer executar.

Para além do papel propositivo, cabe destacar aqui o acompanhamento da execução e implementação das ações, isto é, a atuação do conselho durante o processo de execução das ações, como forma de verificar se as decisões são levadas a frente e implementadas, a fim de evitar desvios e como forma de fazer com que estas aconteçam de acordo com o interesse público. Neste sentido, grande parte dos entrevistados (dez conselheiros) apontou que as decisões tomadas no conselho são levadas a frente e implementadas, sendo os conselhos locais

e regionais e as comissões internas do conselho apontados como importantes instrumentos para realização deste papel:

Todas elas são levadas. Muitas das vezes, mesmo sendo cobrada as vezes se perde alguma né. No caminhar da coisa. [...] A gente sempre cobra o retorno onde a gente tem entrado, em qualquer documento da área de saúde, a gente cobra o retorno. [...] Que as ações são guiadas por local né. Pro local que vai a gente, o secretário, a secretaria, o conselho de saúde, por intermédio do secretário [...] Busca cobranças em cima disso, por via telefone, telegrama, carta, eles buscam de qualquer jeito o retorno do documento que foi para o lugar que ele foi dirigido. [...] O conselho tem acesso a todos os dados que ele precisa para acompanhar. (E11, Segmento Usuário).

[...] Na maioria das vezes sim. Mas muitas decisões importantes deixam de ser tomadas. [...] Acompanha. O conselho tem as comissões que acompanha as ações. Aí, é... tem reuniões que realmente abre para as comissões falarem, sobre o que tá acontecendo, as comissões prestarem conta daquilo que elas tão tomando conta [...] (E12, Segmento Prestadores de Serviço).

Ao reconhecerem o acompanhamento da execução e implementação das ações, os entrevistados indicam que o conselho tem buscado, além de apenas deliberar sobre determinadas matérias, acompanhar se essas deliberações estão se fazendo cumprir, ou seja, se estão sendo levadas à frente e implementadas. Isto é importante, pois indica que o conselho preza por resultados práticos de sua ação na política de saúde do município.

Através das falas dos entrevistados, foi possível depreender alguns desses efeitos da existência ou da ação do conselho para política de saúde do município, captando assim o ponto de vista dos entrevistados sobre a efetividade do conselho, a fim de compreender de que forma a política de saúde de Juiz de Fora tem sido influenciada pela ação do conselho. Identificamos a importância do conselho para obtenção de recursos para a população, como reformas das unidades de saúde e ofertas de medicamentos, na manutenção dos serviços de saúde oferecidos e por, ao deliberar sobre as ações e participar da gestão pública, fazer com que as ações aconteçam no sentido do interesse da população. Todavia, quatro conselheiros relataram que nem sempre as ações deliberadas pelo conselho são implementadas:

Nem todas. Vai e volta... Né, se eles tão reclamando que tá indo e todo ano tá voltando, então acredito que nem todas. (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

Olha, as nossas ações aqui deliberadas elas são encaminhadas para órgãos competentes. Cabe a eles né, cumprir ou não, e a nós cobrar que se cumpra, tá. Algumas ações, a gente como eu te falei, a gente tem que consegue interromper. Agora, implementação, se for, como eu tenho falado reiteradas vezes, interessante para a administração, eles impõem aquela forma e a gente tem que aceitar e aí tem que brigar na justiça, tem que esperar decisão judicial para que se reverta. Então assim, as ações aqui deliberadas, elas são respeitadas até um certo ponto. Algumas não né. E outras a gente precisa correr atrás, brigar mais um pouquinho pra conseguir. De um modo geral, muita coisa é passada por cima pela própria administração. [...] (E14, Segmento Usuário).

Quando uma parte dos conselheiros sugere que as deliberações do conselho nem sempre surtem efeito prático, algo que para os entrevistados representa a possibilidade e o risco de o conselho se tornar meramente um instrumento burocrático, isto é, de existência obrigatória, mas cujas deliberações não são muitas vezes cumpridas. E é neste ponto que reside a importância do acompanhamento das ações, conforme sugere E13:

São. São. [...] Pois é, nem todas vezes [o conselho realiza acompanhamento]. [...] Eu acho que deveria, o conselho deveria acompanhar de perto. Isso. Por que se não é o conselho que aprova ou não, a mensagem que o governo manda, uai, como é que você aprova uma coisa que depois você deixa pra lá? [...] Conversar com secretário municipal de saúde pra ver se consegue fazer esse acompanhamento. [...] Mas normalmente não é feito não. (E13, Segmento Profissionais de Saúde).

Este acompanhamento diz respeito à ação do conselho durante a implementação das ações, como um processo de constante monitoramento que permite redirecionamentos e “correções de rota” (GOULART, 2011). Este papel é mencionado ainda por Wampler (2011), quando aponta que os conselhos são dotados, além da responsabilidade de formulação de políticas, de fiscalização dessas, cujo encargo é fundamental para o acompanhamento das ações empreendidas por políticos eleitos, por burocratas e por prestadores de serviços. Assim, podemos afirmar que ao realizar o acompanhamento dessas ações, o conselho faz uso de sua atribuição fiscalizadora durante a fase de implementação.

Após verificar o acompanhamento das ações, buscamos analisar a atuação do conselho na fiscalização e controle. Notamos que apenas uma parte dos entrevistados (seis pessoas) julga que o conselho é ativo em seu papel fiscalizador, que diz respeito à sua prerrogativa de atuar na avaliação e verificação das ações, ou seja, na fase de monitoramento e controle das políticas. Assim, este papel se mostrou como o mais discutível, uma vez que pudemos captar dos discursos dos conselheiros obstruções importantes, conforme os trechos seguintes:

Controlar, eu não vou dizer que nós controlamos não... Por que se não tem verba, não tem como controlar... [...] eles falam que tá em falta de dinheiro. Não tem dinheiro pra tudo aí, tá tudo [...]. Mas, se apertar sai. [...] A nossa função que é: fiscalizar e consultiva. É a função do conselho. Consultivo e fiscalizador. [...] Tem hora que ele não cumpre um monte dessas coisas, por que eles coloca o pessoal deles pra tá nas comissões. Já notei isso. [...] (E1, Segmento Usuário).

[...] Eu acredito que não por que aí vai ter queda de braço entendeu, por que o conselho ele, ele é fiscalizador e ele delibera. Mas ele não obriga ninguém a cumprir por que ele não tem esse poder de obrigar a cumprir, entendeu? Aí eu acho que é nesse ponto aí que o conselho né, se a gente pudesse: 'você vai fazer, se não você vai preso.' 'Você vai fazer, se não você vai sair desse cargo.' Ou então, 'Nós vamos de destituir do cargo', mas o conselho não pode fazer isso, quem faz isso é o gestor, entendeu? Então a gente fica na mão do gestor. A gente vai, corre atrás, igual eu te falei, tem a queda de braço e tudo, mas a gente não pode obrigar. A gente direciona né. (E12, Segmento Prestadores de Serviço).

Percebemos dois limites que merecem apreço, por fazerem com que este seja um papel discutível. Primeiramente, um dos conselheiros indica que há certo conflito de interesses, na medida em que membros do governo são alocados para avaliar e verificar ações do próprio governo, quando são indicados para compor as comissões, descaracterizando assim o papel de controle e fiscalização do conselho. Em segundo lugar, um dos entrevistados chama atenção para o fato de que, apesar de ter papel deliberativo e fiscalizador, falta ao conselho meios para fazer com que as ações deliberadas e fiscalizadas sejam de fato cumpridas. Assim, podemos afirmar que embora os participantes sinalizem o papel do conselho, entendem que há certa inércia por não terem poder executivo, isto é, poder de se fazer cumprir o que se delibera. Ou seja, embora tenha poder deliberativo, este caráter é limitado pela necessidade de homologação governamental em relação a algumas deliberações.

Além destes achados, dentre os conselheiros que apontaram o controle das ações como um ponto crítico do conselho, três falas chamam atenção. Enquanto E11 assinala a dificuldade prática para realização deste papel, E3 e E14 julgam que este não é o papel do conselho:

É muita coisa né, as vezes fica faltando alguma coisa. Mas na medida do possível, sim. [...] Temos as comissões. As comissões fazem visita. Faz visita nos hospitais, faz visita nas UPA. Então a gente é, tem sempre que fazer visita nesse local. E a gente chegando nesse local a gente pede tudo. Tudo que tá se passando. (E11, Segmento Usuário).

Eu não entendo que o controle seja assim o papel da gente. O papel dele é mais controlar quem faz esse controle né. Então eu imagino que dentro das possibilidades o conselho, ele tenta exercer essa ação. 'Olha, esse caminho não é bom, isso daqui eu não concordo...' Mas como eu te falei, quando é... é alguma coisa muito importante, passa por cima e o conselho não é ouvido né, é assim que se faz. (E14, Segmento Usuário).

100% não. [...] Algumas comissões, mas a fiscalização eu considero uma palavra muito forte. Eu digo assim: 'para eu fiscalizar alguma coisa, eu tenho que ter o conhecimento.' [...] Então, quando a gente, acho que pra fiscalizar você precisa conhecer, né... [...] Agora, eu, pra sair fiscalizando um hospital, eu não tenho competência técnica pra isso. Posso conhecer? Posso. Mas não estou investido da competência técnica legal. Então essa palavra fiscalização nos conselhos, ela é uma palavra muito pesada, é uma palavra que requer um conhecimento, um comprometimento. [...] Mas quando a gente fala fiscalizar, eu procuro sempre chamar alguém com a competência legal. [...] (E3, Segmento Usuário).

O fato desses entrevistados apontarem que o conselho não desempenha sua função fiscalizadora indica que esta pode não estar sendo plenamente cumprida, e que, portanto, há um possível abalo no cumprimento de seus papéis, já que esta constitui-se parte da função legalmente cabível ao conselho. Endossando esta discussão, E3 destaca que, a seu ver, não cabe ao conselho um papel de fiscalizador das ações, sendo esta responsabilidade das autoridades sanitárias. Ao não reconhecer a fiscalização como tarefa do conselho, nos indica que apesar de

constituir-se em uma função legalmente instituída, pode estar sendo mal compreendida pelos conselheiros. Este apontamento é ainda mais significativo quando observamos que esta fala parte do secretário executivo do conselho, chefe do órgão responsável por fornecer suporte técnico-administrativo e a quem, frequentemente, os conselheiros recorrem em busca de informações e auxílios.

Além de apontar tais obstruções, algumas falas sinalizam que apesar de buscar exercer este papel fiscalizador, esta função tende a ser restringida por problemas na execução, o que faz com que este papel seja o mais discutível, conforme mencionado anteriormente. Todavia, a proximidade com a comunidade e com a realidade local foi considerada como essencial para exercício deste papel:

Olha, eu acredito que sim. É... o conselho ele fiscaliza. Como a gente tem uma classe muito próxima da comunidade, a gente tá constantemente indo nas unidade de saúde, pedindo levantamentos, cobrando dos responsáveis lá, [...] o conselho ele procura ir lá, tomar conhecimento né por parte do profissional, o que que aconteceu, e aí sim tentar trazer um em cima desse levantamento alguma justificativa, tentar ver o que que pode ser feito junto à administração quando não há. Então o conselho ele é atuante sim. Só que assim, as vezes as pessoas não notam, não percebem né. [...] Então o conselho ele fiscaliza sim. O que ocorre é que muitas vezes você esbarra na, na inércia de pessoas que deveriam tá resolvendo e não resolvem. [...] Olha, normalmente tudo aqui é documental né. Mas se precisar a gente é... mobiliza a comunidade né, ou o próprio conselho de saúde a gente consegue fazer é... intervenções, a gente consegue é... por meio de memorandos, emails, ofícios, ou até mesmo é... do ministérios público, a gente acessa os órgãos competentes pra poder está defendendo os interesses públicos né. Agora, isso requer um, um apoio das pessoas também. [...] Mas nós temos mecanismos, a gente aciona poderes né, como a própria polícia, a gente faz né, registro de ocorrência e judicializa. É o que dá para fazer basicamente é isso. As ferramentas que a gente tem são essas. É confiar no poder judiciário quando o legislativo e o executivo falham né. (E14, Segmento Usuário).

[...] consegue. Ele só não consegue assim, pôr em prática aquilo que ele conseguiu fiscalizar. Não consegue pôr em prática, assim, em atuar junto aos órgãos competente pra resolver aquele problema que foi fiscalizado, entendeu. Ele vai lá, briga aqui, briga ali e é detectado aquele problema? É, realmente é. Mas as vezes, vão lá soluciona numa certa forma e às vezes, é... passa em branco. [...] É, os meios, conforme eu te falei, nós temos denúncias de moradores; temos as comissões que vão né; a própria presidente do conselho; é... os conselheiros né, nos bairros, que tem os conselheiros, eles e, juntamente com a comunidade e até alguns profissionais mesmo, que estão trabalhando naquele posto, são cobrados de alguma forma pela comunidade e eles mesmo vem no conselho [...] (E12, Segmento Prestadores de Serviço).

Assim, as falas indicam que o conselho busca cumprir seu papel, mas é limitado pela falta de ações, sinalizando novamente que embora os conselheiros reconheçam o papel do mesmo, entendem que há certa inércia por não ter poder executivo. Esta percepção é compartilhada por E12, quando identifica que apesar de o conselho fiscalizar, ocorre de não conseguir reverter algumas situações indesejadas encontradas. Deste fato, podemos inferir que

há um problema para fora do conselho, isto é, não simplesmente no cumprimento dos seus papéis e funções, mas na não execução das ações determinadas pelo conselho.

Identificamos ainda nos depoimentos, dois fatores como importantes para que o conselho consiga exercer seu papel fiscalizador. O primeiro, diz respeito à importância da transparência das ações por parte do governo, enquanto o segundo revela os conselhos locais como elos importantes na fiscalização das ações:

Consegue. Aqui, em Juiz de Fora todas as ações elas são publicizadas né. Tem o portal da transparência, tem os atos do governo, então, tudo, tem o site da prefeitura. Tudo aberto, então ali o pessoal consegue, tem acesso livre para qualquer usuário. Entrou ali, está tudo aberto lá. (E2, Segmento Governo).

Consegue através dos conselheiros né, locais. De suas unidades no bairro. Através dele tem o controle total de como anda a saúde no município. (E6, Segmento Usuário).

Consegue. [...] Que tem as comissões do bairro, aí as comissões do bairro que fica ali encima né. Então tem fiscalização sim. [...] (E9, Segmento Prestadores de Serviço).

A importância da transparência baliza-se na própria definição do controle social compartilhado, que parte do pressuposto da transparência das informações (GOULART, 2011). A fiscalização só é possível quando os conselheiros têm à sua disposição todos os documentos, dados e fatos necessários à verificação das ações, bem como total abertura para agirem neste sentido. A importância dos conselhos locais por sua vez se justifica por serem esses os mais próximos à realidade local.

Por fim, podemos afirmar a partir das falas dos conselheiros, verificamos três grandes formas de exercer o controle social no conselho municipal de saúde. A primeira diz respeito ao papel propositivo do conselho e indica que este atua na formulação de políticas. Ao exercer esse papel, consideramos que as ações tendem a se tornar mais inclusivas e mais representativas de interesses sociais mais amplos, destacando o papel das comissões temáticas neste sentido. Todavia, para que esse papel se torne ainda mais efetivo é necessário que haja maior engajamento da comunidade e que haja de fato vontade política em reconhecer o conselho como formulador de políticas. Identificamos ainda importantes obstruções, como a escassez de recursos e a falta de qualificação, além de reforçarmos, com base na fala do representante do governo, a possibilidade de pré formatação das discussões.

Ademais, verificamos que a maioria dos conselheiros considera que o conselho realiza o acompanhamento das ações, indicando ainda que as decisões são levadas à frente e implementadas, gerando uma série de resultados práticos à política de saúde do município. Entretanto, os discursos de alguns conselheiros identificam que apesar de realizar o

acompanhamento, as ações não são implementadas, levando à possibilidade de que o conselho se torne apenas um instrumento burocrático.

A fiscalização parece ser o papel mais discutível, quando apontam importantes obstruções, como conflitos de interesses, quando membros do governo são indicados para comissões fiscalizadoras, a falta de poder executivo, isto é, falta de força prática para fazer cumprir aquilo que foi deliberado ou fiscalizado e dificuldade prática de realização deste papel. Percebemos ainda que dois conselheiros não reconhecem este como papel do conselho, o que é grave, pois indica desconhecimento de um papel legal desta instância. Por fim, notamos a importância dos conselhos locais e de que haja transparência das ações, para cumprimento deste papel.

7.5 Práticas democráticas

Entendendo que a existência e o fortalecimento de práticas democráticas é de extrema importância para o fortalecimento do controle social, este tópico visa analisar se as estas são preservadas no exercício do controle social no conselho municipal de saúde de Juiz de Fora (COTTA et al., 2011; COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010). Para isso, de forma mais específica, analisamos se o conselho mantém uma estrutura de poder democrática e a existência de conselheiros qualificados técnica, institucional e politicamente neste processo, entendendo estas como condições importantes para que o conselho cumpra seu papel de exercer o controle social (JUSTINO FILHO, 2007).

7.5.1 Estrutura de poder democrática

No tocante ao relacionamento entre os segmentos que compõem o conselho, isto é, usuários do SUS, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e governo, oito entrevistados o caracterizaram como uma boa relação, mas permeada de debates, discussões e divergências. De acordo com eles, as diferentes opiniões são respeitadas e são importantes na busca por um entendimento comum, levando a afirmar, portanto, que a maioria dos entrevistados compreendem o conselho como um espaço permeado de debates profícuos.

Os entrevistados apontam que se trata de uma relação centrada no Sistema Único de Saúde, na qual cada um dos quatro segmentos atua defendendo seu ponto de vista, ainda que divergente dos demais:

É [...] harmônica. Não tem negócio de ficar... Igual você viu ontem, tem as discussões e tudo mas no final todo mundo entende, todo mundo segue seu papel, é tranquilo. (E2, Segmento Governo).

[...] Nossa relação é tudo pelo Sistema Único de Saúde. [...] É boa, é pacífica. O governo com o posicionamento governamental, defendendo os interesses dele, e nós defendendo os interesses que o governo acha que é bom e que nós também achamos que é bom para o usuário. [...] Então a nossa convivência tem que ser de entendimento, de harmonia. Vamos divergir para convergir. [...] Então nossa convivência com os segmentos aqui é em termos de discussões ela é de entendimento, em busca de um entendimento. O que for melhor para o sistema. Respeitando a opinião. Mas essa, essa, o posicionamento ele será decidido através do voto do plenário né. [...] Então eu acredito que assim, há um entendimento. Há divergências [...] (E3, Segmento Usuário).

Ao afirmarem que a relação entre os segmentos se baseia na defesa dos interesses de cada categoria, os entrevistados apontam a importância da representação, isto é, cada uma das partes interessadas na gestão do Sistema Único de Saúde tem direito a assento e a se fazer representar, por meio dos segmentos intitulados usuários do SUS, trabalhadores da saúde, prestadores de saúde e membros do governo. Com relação à existência de debates, importa notar que a própria definição do conselho remete à importância das discussões saudáveis, uma vez que se constituem em arena para debate, expressão de opiniões e ação, como forma de identificar demandas e interesses públicos, agindo para que esses entrem de fato na agenda pública (MARTINS; CKAGNAZAROFF; LAGE, 2012). Os entrevistados destacam ainda a importância dessas discussões para formação de acordos, ou como trata Bohman (2009), a troca prática de razões a partir de um diálogo livre e abertos a todos os cidadãos:

Ah, sempre é respeitado. A gente respeita o governo e o governo respeita os conselheiros. Respeita o conselho. Tem algum bate boca, algum, como é que eu vou falar, algum bate boca as vezes, mas sempre se chega um ajuste. (E11, Segmento Usuário).

[...] Eu sou prestadora, entendeu. Então eu, alguma coisa que expõe aqui no conselho a respeito assim, 'ah, aconteceu isso na Santa Casa. Está faltando médico'... As reclamações que tem, são relatados e é passado pra cada prestador, entendeu, onde que, por exemplo, você vai falar alguma coisa sobre o nosso, né, a Santa Casa, né, eu estou ali pra ouvir. [...] Que eu saiba nunca teve desentendimento não, sempre chegaram num acordo. [...] (E9, Segmento Prestadores de Serviço).

A importância dessas discussões no processo deliberativo do conselho encontra respaldo no que apontam Lamizet (2004 apud MARQUES, 2009) e Shapiro (2002), ao afirmarem que a deliberação é exatamente o resultante de discussões e conversações políticas, de maneira a alimentar uma prática de intercompreensão, com objetivo de constituir um espaço público de debate, de contestação e de revelação de antagonismos constitutivos das identidades políticas.

Além disso, após termos analisado a capacidade de vocalização e o processo de escuta neste conselho, importa notar que “a existência de debates e controvérsias no processo deliberativo indica que os segmentos que compõem os conselhos não apenas vocalizam temas, mas também conectam por meio de uma ação dialógica” (AGUIAR, 2016, p. 79). Todavia,

cinco entrevistados descreveram a relação entre os segmentos como uma relação tranquila, harmônica, pacífica e isenta de conflitos:

Não... Tranquilo, não tem isso não... Não tem briga não. Isso aqui é muito raro haver uma discussão assim, acalorada. [...] (E1, Segmento Usuário).

[...] É pacífica, muito boa, muito unida, né. Não tem divergência não. (E6, Segmento Usuário).

[...] Não, eu não vejo não [relação de conflito]. Aqui não parece que não tem muita diferença de onde que vem não. É conselheiro. (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

Embora grande parte dos entrevistados tenham apontado que há discussões abundantes no conselho, o fato de uma parte dos conselheiros descreverem essa relação como livre de divergências, o que coincide com o depoimento de E7 apresentado na seção 7.2.1, reforça a hipótese de que haja abafamento ou contenção dos debates, ou que pelo menos alguns conselheiros percebem que algumas discussões sejam silenciadas, o que caracterizaria uma restrição forte ao controle social. Além disso, a ausência de diálogo em uma instância participativa parece incongruente, uma vez que o próprio conselho é entendido como espaço de diálogo.

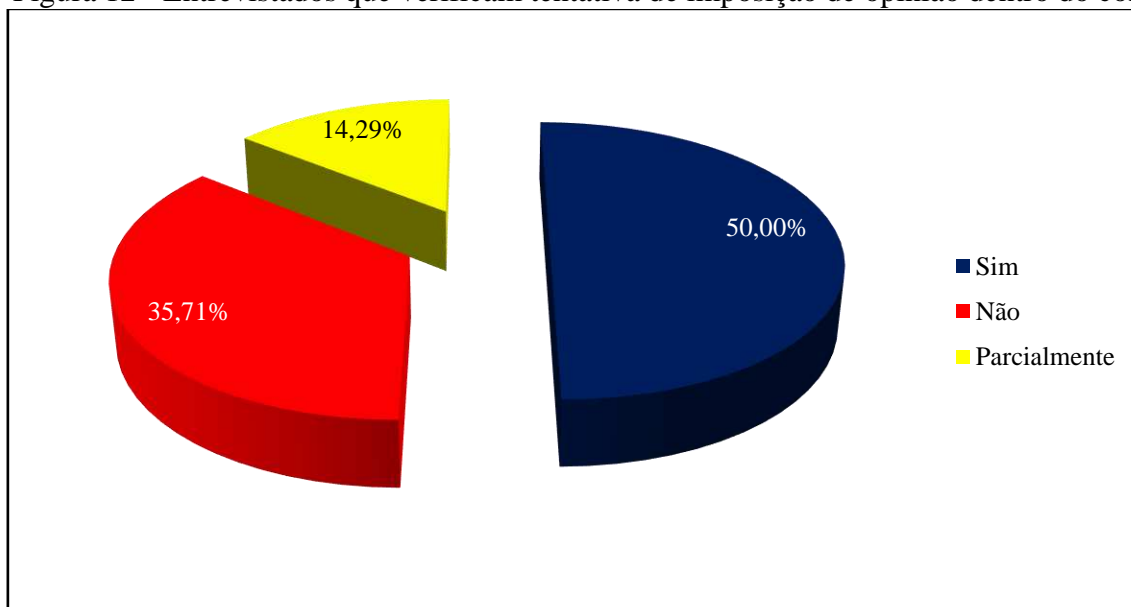
Assim, se uma parte dos entrevistados (embora minoritária) reconhece que não há divergências ou discussões, podemos levantar a hipótese de que os segmentos estão servindo a um mesmo interesse e que, dessa forma, a relação torna-se pacífica, por não haver representações de interesses distintos, que seriam caracterizados pelos debates entre os segmentos. Reforçamos assim o que fora anteriormente apontado, levando-nos a afirmar que, embora grande parte dos entrevistados apontem que há um processo de discussões abundantes no conselho, ao encontrarmos discursos que asseveram que a relação é pacífica, que não há discussões acaloradas ou relações conflituosas, podemos apontar presença de possíveis grupos hegemônicos capazes de abafar de alguma forma essas divergências. Neste sentido, o depoimento de um dos entrevistados chama a atenção, por apontar que o nó crítico está no segmento do usuário, que ao seu ver se restringe ou se abstém desse processo discursivo:

O segmento né, são quatro segmentos e a relação que, acho de usuário ela é uma relação de pouca comunicação, talvez. O usuário nunca externa necessariamente o que ele quer, com objetividade. A relação do prestador, ele é aqui bem definido: 'o que que eu quero'. O governo vem aqui também bem definido. O que não vem definido é o usuário, por causa desse conhecimento, que muitas vezes as pessoas não sabe nem... qual o poder que ele tem de influenciar, o que que ele quer... Né, ele é tímido. Ele não quer, ele é amigo, ele vira amigo do prestador, ou do secretário que está aqui. Por que o secretário executivo pode ser qualquer um de nós. [...] A relação é salutar. É salutar... bem discutida. (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

Ao chamar a atenção para a falta de objetividade por parte do segmento dos usuários, E5 assinala um possível “buraco” no processo comunicativo, isto é, apesar de vocalizar, suas articulações são passíveis de interferências, sobretudo em razão de relações pessoais, o que reforça os achados da seção 7.1.1 desta pesquisa. De forma mais específica, a fala de E5 nos aponta uma falta de articulação política do segmento usuário como classe.

Buscamos também compreender possíveis confrontos de opinião dentro do conselho, isto é, se havia tentativas, por parte dos conselheiros, de impor a opinião dele sobre outros. Conforme se verifica na Figura 12 abaixo, a metade dos entrevistados verifica este tipo de comportamento. A outra metade dos entrevistados em parte não verifica e em parte não descarta a possibilidade:

Figura 12 - Entrevistados que verificam tentativa de imposição de opinião dentro do conselho



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Duas pessoas apontaram que não há tentativa de restringir a voz dos pares, mas sim um esforço de convencimento, enquanto outros cinco entrevistados disseram desconhecer esse tipo de prática no conselho. Por outro lado, metade dos entrevistados verifica esse tipo de comportamento, indicando que eles compreendem que há no interior do conselho tentativas de cerceamento de suas vozes, apontando o segmento do governo como o responsável por isso:

O segmento do governo constantemente tenta fazer, por que é a função dele, a função dele é defender o governo né. E a nossa é tentar defender o usuário. Então a gente tenta fazer prevalecer a nossa, a nossa opinião e eles tentam fazer a deles e é assim que se constrói a democracia. (E14, Segmento Usuário).

Bom, o segmento que tenta impor é o segmento do governo né. [...] E aí eu volto a falar: quem fala bonito ganha de quem não fala. Eu vou lá falo 3 minutos, o outro vai

e fala 10 e... Não consegui convencer. É preciso que convença. (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

A importância do diálogo e de ausência de práticas que suprimam a discussão ou vozes nos debates encontra respaldo no que apontam Kleba e Comerlatto (2010), que indicam que o controle social exercido por meio dos conselhos gestores deve ser efetivamente articulado, de forma que a administração pública se constitua como parceiro na construção das políticas públicas (e não como rival), o que só pode ocorrer mediante diálogo efetivo e preservação de uma estrutura de poder democrática (KLEBA; COMERLATTO, 2010).

Além de compreender a relação entre os segmentos, buscamos captar a percepção sobre o quão democráticos são os procedimentos inerentes ao conselho, isto é, se os conselheiros acreditam que as decisões tomadas no conselho são justas, mesmo sendo diferentes do esperado. Oito conselheiros apontaram que as decisões são justas, já que são tomadas por votação com base na maioria. Notamos assim que, conforme se verifica nos trechos abaixo, os entrevistados consideram que a ideia de justiça se respalda na maioria dos votantes:

Bom, é... Para mim, o que é justo? Justo é o que a maioria delibera. Favorável ou não. Eu não posso sobrepor sobre a maioria. Isso é... Aí se a gente tem uma visão que foi injusto, mas a gente tem que respeitar as decisões que é a maioria, mesmo que elas são injustas. [...] Eu fico com a maioria. (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

Bom, tem que ser justa por que passa pelo um conselho né, por mais de uma dezena de conselheiros, então eu acredito que a maioria deve acertar, e não errar. (E6, Segmento Usuário).

Ainda neste sentido, um desses conselheiros apontou o critério de paridade do conselho, regra segundo a qual a metade das vagas do conselho são destinadas aos usuários do SUS, como um critério importante para que as decisões sejam justas:

Sim, mesmo por que nós somos 50% de usuário né. Se não for, eu brigo. Uai... Aí eu chamo atenção deles: 'pera aí, gente. Uai, nós somos 50% de usuários uai'. Tá certo, é impossível a gente não ganhar uma votação. (E8, Segmento Usuário).

Percebemos então nos depoimentos que, no entendimento dos entrevistados, a ideia de justiça se respalda na maioria dos votantes, isto é, uma decisão justa é aquela tomada pela vontade da maioria ou de todos. Notamos então que a concepção de justiça adotada pelos conselheiros se aproxima de uma visão mais básica de justiça e, portanto, mais restrita do que aquela ideia apresentada por Cohen (2009) e Benhabib (2009), que abordam concepções normativas de justiça, alegando que a justiça dos resultados está condicionada à justiça dos procedimentos deliberativos e que, assim, as decisões democráticas são justas quando os procedimentos deliberativos são justos. De acordo com Cooke (2009), Cohen e Benhabib melhoram a versão básica de justiça baseada na regra da maioria, incluindo o a deliberação.

Afirmam que procedimentos justos produzem resultados justos, porque o procedimento é, em um sentido normativo, mais justo do que outros procedimentos (COOKE, 2009).

Por outro lado, os outros seis conselheiros consideram que nem sempre as decisões são completamente justas e algumas vezes são discutíveis, sendo que um deles citou tentativas de impor decisões por parte do governo, o que feriria as práticas democráticas

São discutíveis! Discutíveis. Nem sempre eu acho que são... E tudo tem que ser discutido por quê... as vezes naquele momento a gente sabe que aquilo é o que tem que ser feito, mas não é a realidade que a gente pode está fazendo, né. Então tem que ser discutido, não tem jeito. (E2, Segmento Governo).

Muitas são. Agora tem umas... Quando é o governo impõe aí não tem jeito não. Você tem que acatar por que já vem de cima. É igual as verbas. As verbas por exemplo, tem verba que vem carimbada para aquilo, e é exclusivamente para aquilo. [...] Você não viu ali falando que ali, traz um assunto pra empurrar de goela abaixo todo mundo. Por que pega na hora que está para vencer um contrato, para vim pra trazer pra discussão no conselho. 'ah, tem que votar.' Quer dizer, empurra de goela abaixo; mas aí nós não vamos votar, não estamos aceitando isso. (E1, Segmento Usuário).

Ao apontarem que as decisões nem sempre são justas, sobretudo destacando a fala de E1, que assinala que o governo empurra certas decisões “goela abaixo”, os entrevistados colocam em cheque o critério de justiça com base na maioria, apontado pelos conselheiros. Assim, essas decisões, apesar de aparentemente democráticas, não são justas porque não respeitaram um procedimento deliberativo justo (COHEN, 2009; BENHABIB, 2009).

Por fim, podemos afirmar que apesar de os conselheiros terem apontado uma boa relação entre os segmentos e terem considerado justas as decisões, três pontos são preocupantes: o fato de alguns entrevistados terem apontado ausência de debates, de uma boa parte dos entrevistados terem indicado tentativas de imposição de opiniões e de a ideia de justiça ter-se baseado no critério da maioria.

7.5.2 Conselheiros qualificados técnica, institucional e politicamente

Foram recorrentes durante toda a pesquisa e apresentada como um nó crítico na atuação do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora, as menções quanto à falta de cursos de capacitação, qualificação ou treinamentos. Emergiu, assim, como um indicador para a existência de práticas democráticas, uma vez que a existência de qualificações fora citada pelos entrevistados, sobretudo quando se referiam à capacidade argumentativa dos sujeitos, conforme sugerem os excertos abaixo:

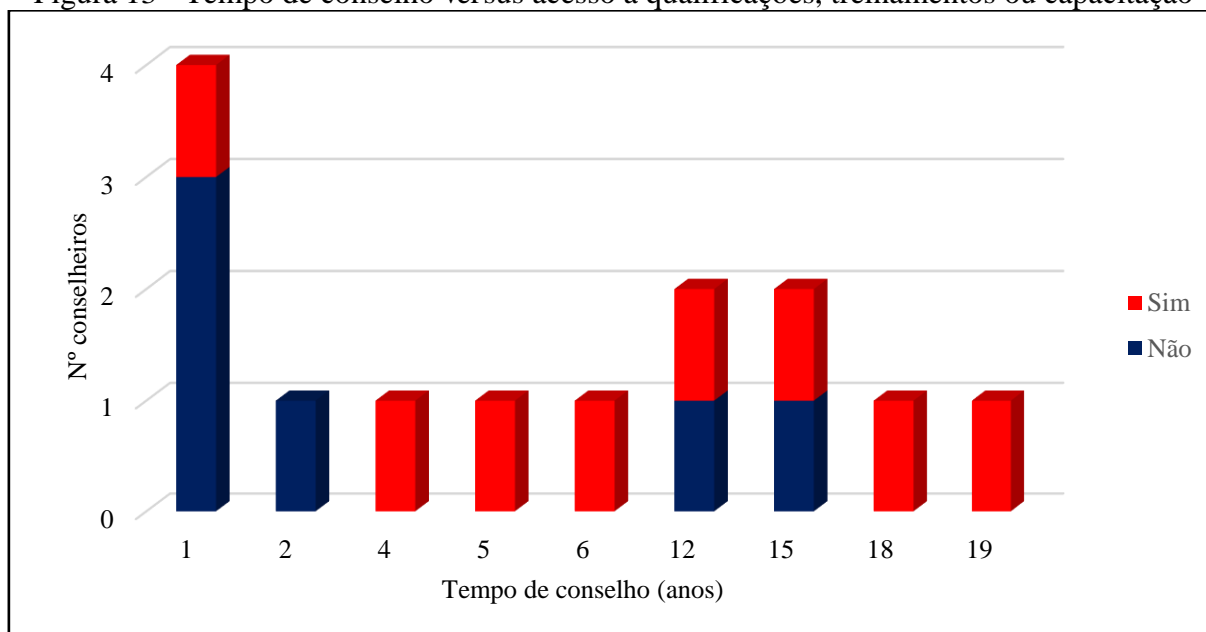
[...] É preciso saber se eu tenho as pessoas, se eu quero qualificar as pessoas pra elas entenderem da importância de fazer valer essa influência que tem. [...] Vai deliberar, quem ganha é quem articula melhor. (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

[...] Cabe a gente aqui organizar. Mas muitas vezes eu vejo que essa organização, ela não sai daqui. Sai de propostas do governo. E eles fazem normas e regras que muitas vezes a gente não tem a compreensão, por isso que eu falo na capacitação, de que realmente eles tão falando, entendeu. Até onde aquilo que está escritinho, que eles tão falando é o que, é o que a gente tá entendendo. (E7, Segmento Profissionais de Saúde).

Nesse sentido, tornou-se relevante compreender se os conselheiros já haviam recebido alguma espécie de qualificação, treinamento ou capacitação por intermédio do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora, seja antes de adentrar ou mesmo depois que já estava atuando. Oito entrevistados (57%) disseram ter recebido algum tipo de treinamento no conselho de Juiz de Fora, ao passo que os outros seis (43%) disseram não ter recebido qualquer espécie de qualificação.

Verificamos que boa parte daqueles que disseram não ter tido acesso à qualificação são conselheiros relativamente novatos, o que indica que este pode ser um problema recente no conselho. Conforme se verifica na Figura 13 abaixo, quatro entre as seis pessoas que disseram não ter recebido qualquer qualificação possuem um ou dois anos de atuação no conselho:

Figura 13 - Tempo de conselho versus acesso a qualificações, treinamentos ou capacitação



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Notamos que os apontamentos dos conselheiros convergiram com o que havia sido registrado no decorrer das entrevistas: a falta de qualificação tem sido crítica nas atuações de parte dos conselheiros. Este dado se comprova na fala de um dos entrevistados, que aponta que a última qualificação oferecida pelo conselho foi há aproximadamente três anos:

Já teve. A última foi há uns três anos atrás. Foram... os conselheiros foram treinados para saber exercer a função dele aqui dentro do conselho. (E13, Segmento Profissionais de Saúde).

Buscamos compreender ainda a avaliação que os conselheiros fazem desta prática no caso em estudo, onde verificamos que dez entrevistados consideram que o conselho tem sido falho neste ponto, assinalando a importância dos cursos de qualificação ou capacitação para que, conhecendo minimamente as prerrogativas do conselho e a legislação inerente, o papel do conselheiro possa ser exercido com propriedade:

No conselho a gente recebeu algum, aquele por exemplo da universidade é um curso que se dá para conselheiros, curso básico né. Mas pra ser conselheiro, na minha concepção, você tem que ter o curso, pra você conhecer né as prerrogativas, seu regimento, a legislação e você tem que ter também um pouco de cunho político. E é esse compromisso que as vezes falta a alguns dos usuários. Aí tem dificuldade. [...] (E5, Segmento Profissionais de Saúde).

É, há muito tempo não faz. Mas antes fazia capacitação dos conselheiros. Agora não devendo. Tem muito tempo que não faz. Mas sempre fazia capacitação. O conselheiro sabia o que é o papel dele na comunidade com o usuário dele, e também com a secretaria de saúde. E também com o conselho. [...] (E11, Segmento Usuário).

Verificamos ainda nas falas dos entrevistados que na maioria das vezes o cidadão torna-se conselheiro sem noções prévias e que o conselho tem apresentado dificuldades em oferecer esse tipo de base para os novos entrantes. E1 chama a atenção para a falta cursos de qualificação, principalmente para aqueles que participam de comissões específicas, como a comissão de recursos, a qual requer o mínimo de conhecimento de termos contábeis, que os conselheiros, no geral, não têm:

A gente tem só o treinamento só para conselheiro. Assim, qualificação mesmo, vamos dizer, quem participa de uma comissão de recursos tem que entender de contabilidade... Né?! Não tem?! E esse conhecimento já não temos. [...] Sim, nós pedimos até na nossa comissão de recursos. Pedimos uma pessoa capacitada para poder está integrando a gente ao... ali como se diz, à planilha ali. Por que é muita coisa na planilha. A gente não sabe... [...] (E1, Segmento Usuário).

A falta dessa prática é preocupante, uma vez que tem como objetivo, sobretudo, o exercício mais qualificado e consciente de atuação dos conselheiros. Ao apontar que os membros que participam das comissões temáticas do conselho não têm acesso ao conhecimento técnico que deveriam e gostariam de ter, abre-se margem para a possibilidade de que os conselheiros, por não possuírem conhecimento técnico ou teórico suficiente para exercer tal função, possam ficar à mercê do parecer de terceiros, principalmente quando aponta que “pedimos uma pessoa capacitada” para auxiliá-los, exerçam a função aquém do que deveriam ou mesmo que sejam impedidos de exercê-la com propriedade, pela falta de entendimento.

Além disso, este apontamento é preocupante, pois, ao analisarmos os segmentos que compõem o conselho, podemos afirmar que enquanto os membros do governo têm acesso a dados e informações, disponibilidade de tempo, contam com infraestrutura e estão habituados

com os termos técnicos utilizados; aos representantes da sociedade civil, que atuam como voluntários, falta capacitação para que exerçam um papel equivalente (MARTINS; CKAGNAZAROFF; LAGE, 2012).

Em contrapartida ao que apontam a maioria dos entrevistados, que chamam a atenção para a falta de treinamento e a importância desses, outros assinalam que, pela experiência que já têm, não desejam mais participar dessas qualificações:

[...] Mas na verdade, pra mim, na minha cabeça, como eu já sou bastante tempo conselheiro aqui, é o dia a dia que te faz conselheiro. Por que não adianta você vim com coisa de papel e mostrar ali na teoria, mas na prática aquilo não funciona.. [...] (E12, Segmento Prestadores de Serviço).

[...] Eu estou cansado com isso né. [...] Eu fundei o conselho municipal de saúde de Juiz de Fora, eu que fundei o de Ponte Nova. [...] Fui pra lá fundar uma regional de saúde. Quem fundou a regional lá fui eu. [...] (E13, Segmento Profissionais de Saúde).

Os apontamentos de alguns conselheiros que não desejam mais participar de cursos de qualificação, parece convergir com o que fora apontado anteriormente (seção 7.3.3), que no conselho municipal de saúde de Juiz de Fora há uma ligação entre atuação efetiva e o tempo de participação. Fica claro aqui que os conselheiros consideram que, apesar de ser importante a qualificação, o tempo de atuação no conselho e a experiência acumulada são essenciais, já que “é o dia a dia que te faz conselheiro” (E12, Segmento Prestadores de Serviço).

Importa notar ainda que a capacitação dos conselheiros não deve ater-se somente aos aspectos técnicos, mas incluir o desenvolvimento de outras competências como ética, moral e responsabilidades (SOUZA et al., 2012). Além disso, este processo de busca por conhecimento deve ser estimulado através de capacitação permanente fornecida aos representantes dos conselhos, devendo esse ser um processo que vai além de informar, mas também formar, o que implica em desenvolver habilidades para lidar com o grupo e planejar para que se aumente a capacidade e possibilidade de contra argumentação (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

As análises apontam que esta parece ser a mais importante limitação do conselho municipal de Juiz de Fora, o que nos faz sugerir que este problema deve ser tratado, através do desenvolvimento de diferentes formas de qualificação, entendendo esta como relevante para que o conselheiro se torne de fato um ator do controle social. Assim, compreendemos que a existência de conselheiros qualificados está diretamente relacionada à atuação ativa da plenária, isto porque se compreende, de acordo com Souza et al. (2012), a capacitação como uma oportunidade para que os conselheiros saibam tomar decisões conscientes, exercendo sua função com clareza e certos de que suas ações estarão contribuindo para a concretização do controle social.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como proposta analisar o exercício do controle social por meio do conselho municipal de saúde de Juiz de Fora, através do qual identificamos fatores que apontaram como este ocorre no processo participativo na gestão da saúde no município em análise, considerando o conselho municipal de saúde enquanto espaço para este controle.

Neste sentido, após a contextualização da pesquisa, apresentamos uma revisão de literatura a fim de fundamentar este estudo e auxiliar no tratamento de dados levantados e analisados no decurso do mesmo. Esta revisão compreendeu a discussão do contexto democrático e participação dos cidadãos na saúde; seguida da apreciação da temática do controle social, passando pelas suas bases teóricas e chegando à forma como este é entendido e empregado nessa pesquisa; adentrando por último no objeto de pesquisa, conselhos gestores de políticas públicas, buscando compreendê-los do ponto de vista do controle social e, por fim, captar as dimensões do controle social exercido no conselho municipal de saúde.

Com relação aos procedimentos metodológicos, este estudo de abordagem qualitativa, empregou como técnicas de coleta de dados a realização de entrevistas semiestruturadas, pesquisa documental e observação não participante, sendo os dados analisados a partir da análise de conteúdo.

Ao fim da pesquisa, concluímos que o conselho municipal de saúde de Juiz de Fora não se constitui como espaço para exercício pleno do controle social, ao detectarmos alguns entraves, conforme se discorre detalhadamente a seguir.

Contatamos incompletude na autonomia do conselho, ao identificarmos traços de heteronomia. Verificamos que esta autonomia pode ser ferida por processos de interferência política, principalmente por meio de questões político-partidárias, atuação de grupos políticos e representação de entidades. Além disso, detectamos traços de heteronomia ao apontarmos problemas de representatividade, utilizando cargos públicos indevidamente, através de comportamentos baseados em relações de camaradagem e em interesses pessoais, e quando notamos que certas decisões não são, de fato, tomadas pelo conselho. O distanciamento entre o conselheiro e sua representação também pode ser considerado como traço de heteronomia, uma vez que ele deveria, em princípio, representar os interesses de sua base. Ainda neste sentido, podemos afirmar que, em linhas gerais, o que torna o conselho representativo não é a representação múltipla, mas a escolha dos representantes e a relação com sua base. Embora não houvesse convergência de opiniões, de forma geral, pudemos perceber o conselho como autônomo com relação à gestão.

Verificamos que a periodicidade das reuniões do conselho obedece tanto ao que dispõe a lei, quanto ao que estabelece o regimento interno. Por outro lado, notamos que apesar de contar com boa estrutura física, talvez esta não seja a mais propícia à participação dos cidadãos. Além disso, embora tenhamos constatado abundância das discussões e grande presença de usuários nas reuniões, bem como uma boa vocalização por parte deste segmento, o que de certa maneira faz atenuar a preocupação quanto à possibilidade de o conselho ser usado como forma de legitimar discursos governamentais, preocupam as sinalizações de tentativas de coerção, falta de debates profícuos, tempo escasso para discussões profundas e a existência de barreiras ao processo deliberativo, criadas sobretudo pelo uso da linguagem. Importa ainda a assimetria discursiva encontrada, ao constatarmos que as falas se restringem a um pequeno grupo de pessoas, o que, por um lado reforça os achados quanto à participação proforma e, por outro lado, sugere que há, possivelmente, intimidação de novos participantes e uso da linguagem como artifício de constrangimento. Reconhecemos ainda a possibilidade de procedimento ad referendum e de as decisões serem influenciadas pelo comportamento grupal como indicações de entraves ao poder decisório do conselho. Ademais, constatamos que falta maior engajamento da sociedade e que é necessário que as deliberações se transformem em práticas. Ainda assim, notamos que o conselho é um espaço aberto à escuta e à troca argumentativa, o que nos leva a afirmar que se trata de uma dinâmica de funcionamento aberta ao controle social. Todavia, assinalamos como entraves a falta de entendimento sobre o próprio papel, condições socioeconômicas dos participantes, interesse político e a falta de comprometimento por parte de alguns.

É importante notar ainda a existência de conselhos locais no município de Juiz de Fora como uma especificidade do caso em estudo e que confere uma nova configuração de controle social na perspectiva da gestão participativa (MIRANDA; GUIMARÃES, 2013). Além disso, para que funcionem de fato como espaços férteis à concretização do controle social, é necessário que eles sejam efetivamente ocupados por representantes da sociedade civil, a fim de não banalizar o controle social (MIRANDA; GUIMARÃES, 2013).

Os conselheiros enxergam o conselho como espaço propício ao controle social, destacando a importância da secretaria executiva e da mesa diretora neste exercício. Sobressaem-se como limitações ao exercício do papel do conselheiro a existência de questões políticas e pessoais nos debates, falta de compromisso de alguns cidadãos e ação do governo no sentido de enfraquecer este espaço. Destacamos, de acordo com os depoimentos, três grandes formas de exercer o controle social, as quais sejam: exercício do papel propositivo, do papel de acompanhamento e do papel de fiscalização. Ao exercer sua função propositiva e incluir a

sociedade como formuladora de políticas, as ações da saúde tendem a se tornar mais inclusivas e representar de fato o interesse dos cidadãos. Porém, para que este papel se torne efetivo, é necessário que haja maior engajamento e vontade política neste sentido.

Além disso, consideramos a escassez de recursos, a falta de qualificação e a pré formatação das discussões como potenciais obstruções na realização deste papel. Apesar de ter verificado que o conselho realiza o papel de acompanhamento das ações, no sentido de buscar fazer com que as deliberações tenham resultados práticos, percebemos que as ações muitas vezes não são implementadas e que, por esta razão, corre-se o risco de o conselho se tornar instrumento burocrático. O papel fiscalizador, por seu turno, foi o mais discutível, apresentando como fator impeditivo o conflito de interesses e a falta de poder executivo ao conselho.

Em suma, a maneira como se desenvolve o processo participativo no conselho municipal de saúde de Juiz de Fora não tem permitido cumprir o papel de controle social em plenitude. Notamos que alguns pressupostos são violados e alguns obstáculos são encontrados tais como: existência de influências na atuação dos conselheiros, partidarização, pouco interesse da sociedade em participar, engajamento proforma, utilização da linguagem como forma de intimidação dos usuários, traços de coerção, tentativas de imposição de opiniões, tentativas de restrição de vozes dos conselheiros, problemas na capacitação e falta de definição quanto à proposição das pautas.

Assim, de forma prática, mediante os resultados supramencionados e fazendo um paralelo com todo o conjunto da literatura analisada, concluímos que para fortalecer o exercício do controle social no conselho estudado, fazem-se necessários uma maior participação da sociedade civil neste espaço de controle social, a oferta de cursos de capacitação e treinamentos constantes para os conselheiros, maior articulação entre a ação do conselho com outras formas de controle social (sobretudo os conselho locais e regionais), garantir maior autonomia ao conselho, uma sociedade civil mobilizada, uma estrutura de poder democrática, conselhos autônomos e consolidados, conselheiros qualificados técnica, institucional e politicamente e, por último, efetivar o controle social por meio da articulação entre os diversos instrumentos e formas de exercê-lo.

Por fim, devemos destacar que as questões aqui apontadas, além de não permitirem afirmar que o conselho municipal de Juiz de Fora representa um caso de destaque, aponta a necessidade de acompanhá-lo por um maior período de tempo. Além disso, com intuito de despertar o encadeamento de reflexões acerca da discussão aqui iniciada, sugerimos que pesquisas futuras devem ser realizadas, a lançar luz sobretudo sobre os pontos em destaque supramencionados.

REFERÊNCIAS

- ABERS, R. N.; KECK, M. E. Representando a diversidade: Estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. **Caderno CRH**, v. 21, n. 52, 2008.
- AGUIAR, C. A. **Participação e deliberação no processo decisório dos conselhos gestores de políticas públicas em saúde de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Administração, Departamento de Administração, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2016.
- ALMEIDA, D. R. de. Os Conselhos Municipais e sua estrutura normativa e institucional. In: AVRITZER, L. et al. Democracia, Desigualdade e Políticas no Brasil. **Relatório de pesquisa do projeto democracia participativa, Belo Horizonte: FINEP**, v. 2, 2009.
- ALVAREZ, M. C. **Controle Social**: notas em torno de uma noção polêmica. São Paulo em Perspectiva, 18(1): 168-176, 2004.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 376–382, 2003.
- AVRITZER, L. A dinâmica da participação local no Brasil. In: AVRITZER, L. et al. Democracia, desigualdade e políticas públicas no Brasil. **Relatório de pesquisa do projeto democracia participativa, Belo Horizonte: FINEP**, v. 2, 2009.
- _____. Sociedade Civil e Participação no Brasil Democrático. In: AVRITZER L. (org.). **Experiências Nacionais de Participação Social**. Belo Horizonte: Editora Cortez, 2010.
- _____. Teoria democrática e a deliberação pública. **Lua Nova**, n. 50, p. 25-46, 2000.
- BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARROS, E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: **Incentivo a participação popular e controle social no SUS: Textos técnicos para conselheiros de saúde**. IEC, p. 29-37, 1994.
- BATAGELLO, R. et al. Conselhos de saúde: controle social e moralidade. **Saúde soc.** São Paulo, v. 20, n. 3, p. 625-634, Set. 2011.
- BENHABIB, S. Rumo a um modelo deliberativo de legitimidade democrática. In: MARQUES, A. C. S. (organização e tradução). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009, p. 109-142.
- BISPO JUNIOR, J. P.; SAMPAIO, J. J. C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 23, n. 6, p. 403-409, 2008.

BOHMAN, J. O que é a deliberação pública? Uma abordagem dialógica. In: MARQUES, A. C. S. (organização e tradução). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009, p. 31-85.

BORBA, J. O significado político dos conselhos gestores de políticas públicas. In: **Encontro de pesquisa em saúde**; Mostra de pesquisa e extensão do CCS, 2004, Itajaí. Anais... Itajaí: UNIVALI, P. 33-40, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado; 1988.

_____. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, 1990 (a); 19 set. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 05 jun. 2015. (a)

_____. **Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Diário Oficial da União, 1990 (b); 28 dez. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 05 jun. 2015. (b)

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 40 p. 2006 (a).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social no SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013. (b)

_____. **Ministério da Saúde**. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 28 p., 2013. (a)

_____. **Ministério da Saúde**. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [online]. Brasília, 2010. Disponível em:<[http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em 05 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (b)

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serv Soc Soc**, v. 109, p. 126-50, 2012

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 5, p. 611-4, 2004.

CGU. Controladoria Geral da União. **Controle Social**: Orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social. Coleção olho vivo. Secretaria de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas, Reimpressão – 3.^a edição, Brasília, DF, 2012.

COHEN, J. Deliberação e legitimidade democrática. In: MARQUES, A. C. S. (organização e tradução). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009, p. 85-108.

COOKE, M. Cinco argumentos a favor da democracia deliberativa. In: MARQUES, A. C. S. (organização e tradução). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009, p. 143-174.

CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 29 p, 2006.

_____. O Controle Social na Política de Saúde Brasileira Frente às Orientações dos Organismos Financeiros Internacionais. **Sociedade em Debate**, v. 13, n. 2, p. 121-136, 2012.

_____. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, p. 18-49, 2002.

COTTA, R. M. M. et al. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 853-872, 2010.

COTTA, R. M. M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, 2011.

COTTA, R. M. M. et al. **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Editora UFV, 2013.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. de .M; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. de .M; RODRIGUES, F de R. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des) informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-438, 2009.

CRISTO, S. C. A. de. Controle social em saúde: o caso do Pará. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 93-111, 2012.

CUNHA, E. S. M. **Efetividade deliberativa: estudo comparado de conselhos municipais de assistência social (1997/2006)**. 2009. 372p. Tese (Doutorado em Ciência Política), Departamento de Ciência Política, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

CUNHA, S. S. O controle social e seus instrumentos. **Capital social, participação política e desenvolvimento local**: atores da sociedade civil e políticas de desenvolvimento local na Bahia, 2003.

CUNILL GRAU, N. **Responsabilización por el control social**. In La Responsabilización en la Nueva Gestión Pública Latinoamericana. Clad, Centro Latino Americano de Administración para el Desarrollo. Setembro de 2000.

DIEGUES, G. C. O controle social e participação nas políticas públicas: o caso dos conselhos gestores municipais. **NAU Social**, v. 4, n. 6, p. 82-99, 2013.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. de F. A. S. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. suppl. 1, p. 126-137, 2012.

EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. **The Academy of Management Review**, v.14, n.4, p. 532-550, 1989.

FARIA, C. F.; RIBEIRO, U. C. Desenho institucional: variáveis relevantes e seus efeitos sobre o processo participativo. In: **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**, v. 7, p. 124-135, 2011.

FONSECA, F. Dimensiones acerca del control social: resistencias y perspectivas. **PRAXIS SOCIOLOGICA**, v. 21, p. 23-43, 2016.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011

FREITAS, A. F. de. **Estudo sobre a heteronomia na assistência em saúde a crianças e adolescentes com necessidades especiais**. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Bioética, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

FUKS, M. et al. (orgs.). **Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná**. Curitiba: UFPR, 2004.

FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. M.; RIBEIRO, E. A. Cultura política e desigualdade: o caso dos conselhos municipais de Curitiba. **Revista de sociologia e política**, v. 21, n. 21, p. 125-145, 2003.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. (4 ed.) São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, A. S. Estudo de caso qualitativo. In: **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: Paradigmas, estratégias e métodos**. BARBOSA, Anielson; GODOI, Christiane Kleinubing G.; Bandeira-de-Melo, Rodrigo (organizadores). 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 115-146.

_____. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de empresas**, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GOULART, M. S. B. **Participação e accountability no controle social do orçamento público: o caso do conselho de desenvolvimento regional de Itajaí**. 2011. 226 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p. 15-39, 2004.

- GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.
- GURGEL, C.; JUSTEN, A. Controle social e políticas públicas: a experiência dos Conselhos Gestores. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 2, p. 357-378, 2013.
- HABERMAS, J. Três modelos normativos de democracia. In: **Lua Nova**. São Paulo, n. 36, p. 39-53, 1995.
- IBGE. Assistência Médica Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- IBGE. **Perfil dos Municípios Brasileiros 2009**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2009/tabelas_pdf/tabela_MUNIC_126.pdf>. Acesso em 03 jun. 2015.
- JUSTINO FILHO, J. **Participação cidadã e controle social nos conselhos municipais de saúde da paraíba**: um estudo comparativo. In: III Jornada Internacional de Políticas Públicas São Luís, 2007, São Luís – MA. Anais da III Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2007.
- KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D. Vivências de empoderamento no exercício da participação social em conselhos gestores de políticas públicas. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 3, n. 1, p. 23-42, 2011.
- LABRA, M. E. et al. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Fiocruz, 2005. p. 353-383. Democracia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-384.
- LANDERDHAL, M. C. et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, 2010.
- LAVALLE, A. G. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. In **Efetividade das Instituições Participativas no Brasil: Estratégias de Avaliação**, p. 33, 2011.
- LIPORONI, A. A. R. C. **O Conselho Municipal de Saúde de Franca: estudo sobre a participação e o controle social**. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- MACHADO, E. H. H; BATISTA, J. V.; KORNIN, T. Governança urbana: estudo sobre conselhos municipais da Região Metropolitana de Curitiba. **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, p. 249-286, 2004.
- MAGALHÃES, T. G.; SOUZA, V. B. O Controle Social no Conselho Municipal do Idoso de Florianópolis: uma análise a partir dos modelos de administração pública, dos modelos de coprodução dos serviços públicos e dos modos de gestão estratégica e social. **Revista de Ciências da Administração**, v. 1, n. 3, p. 149-164, 2015.
- MAIA, R. C. M. Política deliberativa e reconsiderações acerca do conceito de esfera pública. In: MAIA, R. C. M. **Mídia e deliberação**. Rio de Janeiro; Editora FGV, 2008.

MANZINI, E. J.; Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. s.d.

MARQUES, A. C. S. As interseções entre o processo comunicativo e a deliberação pública. In: MARQUES, A. C. S. (organização e tradução). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, p. 11-28, 2009.

MARTINS, A. de L. X.; SANTOS, S. M. dos R. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 199-209, 2012.

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 2, jan./abr, p. 9-18, 2008.

MARTINS, H. H. T de S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 289-300, 2004.

MARTINS, M. F. **A distribuição do poder nos Conselhos Municipais de Saúde: o caso dos municípios de Ubá e de Viçosa**. 2010. 112 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa. 2010.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MARTINS, S. **O exercício da democracia em conselhos gestores de políticas públicas**. 2015. 289 p. Tese (Doutorado em Administração) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2015.

MARTINS, S.; CKAGNAZAROFF, I. B.; LAGE; M. L. da C. Análise dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas à luz dos Relatórios de Fiscalização da Controladoria Geral da União. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 4, n. 2, p. 221-245, 2012.

MATTOS, P. L. A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Revista de Administração Pública**, v. 39, n. 4, p. 823-847, 2005.

MIRANDA, J. M. B.; GUIMARÃES, S. J. Controle social e conselhos locais de saúde em Teresina: limites e possibilidades. **Rev FSA**, v. 10, n. 3, p. 212-27, 2013.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 795-805, 2009.

OLIVEIRA, A. M. C.; IANNI, A. Z.; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2329-2338, Ago. 2013.

OLIVEIRA, L. M. L. de; SOUZA, F. É.; RIBEIRO, R. de R. Conselhos Locais de Saúde e suas Bases: Compassos e Descompassos. **Libertas**, v. 4, n. 1, 2005.

OLIVEIRA, V. C. da S.; PEREIRA, J. R; OLIVEIRA, V. A. R. Os conselhos gestores municipais como instrumentos da democracia deliberativa no Brasil. **Cad. EBAPE. BR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 422-437, 2010.

PEREIRA, V. S et al. Estudo de Caso: uma discussão contemporânea. **CONTEXTUS: revista contemporânea de economia e gestão**, v.3, n.1, p. 55-62, 2005.

PERISSINOTTO, R. M.; FUKS, M; SOUZA, N. R. Participação e processo decisório em alguns conselhos gestores de Curitiba. **Revista Paranaense de Desenvolvimento-RPD**, n. 105, p. 75-100, 2003.

RICCI, R. G. M. S. Controle social: um conceito e muitas confusões. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 9, n. 98, p. 09-12, 2009.

ROCHA, N. C. et al. Organização e dinâmica do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de São Paulo: implicações para a sua atuação na construção da política municipal de Segurança Alimentar e Nutricional. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 25, n. 1, p. 133-146, 2012 .

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. de S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. de J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

SANTOS, A. C. dos. **Conselho Municipal de Saúde de São Paulo: o Controle Social nas Gestões de Celso Pitta e de Marta Suplicy**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

SÁ-SILVA, J. R. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v.1, n.1, p. 1-15, 2009.

SHAPIRO, I. Optimal deliberation? **The Journal of Political Philosophy**, v. 10, n. 2, p. 196-211, 2002.

SHIMIZU, H. E. et al.. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 8, p. 2275-2284, 2013.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, v. 7, n. 1, 2005.

SILVA, S. R. da et al. Conselho Estadual de Saúde do Amapá: controle social como forma de empoderamento da sociedade. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, v. 4, n. 4, p. 59-67, 2012.

SIQUEIRA, R. L. de, COTTA, R. M. C; SOARES, J. B. **Participação social na saúde: saber para promover**. Viçosa, MG: Editora UFV, 2015.

SOUZA, C. Construção e consolidação de instituições democráticas: papel do orçamento participativo. **São Paulo em perspectiva**, v. 15, n. 4, p. 84-97, 2001.

SOUZA, T. O. de et al. Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v. 65, n. 2, p. 215-221, 2012.

STAKE, R. E. Case studies. In: DEZIN, N.K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of Qualitative Research**. London: Sage, Cap 14, p. 236-247, 1994.

STOTZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde debate**, p. 149-160, 2006.

TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Revista de Sociologia e Política**, n. 25, p. 209-213, 2005.

TEIXEIRA, L.; DOWELL, M. C. M.; BUGARIN, M. **Incentivos em Consórcios Intermunicipais de Saúde**: uma abordagem da teoria de contratos. Brasília: Ipea, 2002 (Texto para discussão n. 894).

TENÓRIO, F. G. et al. Critérios para a avaliação de processos decisórios participativos deliberativos na implementação de políticas públicas. **Encontro de Administração Pública e Governança**, v. 3, 2008.

TIJŪNAITIENĖ, R.; NEVERAUSKAS, B.; BALČIŪNAS, S. Motivation expression of citizen participation in organizations of citizen society. **Engineering Economics**, Kaunas, n. 1, n. 61, 2009.

VAN STRALEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Ver. SOCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383- 386, 2007.

WAMPLER, B. Que tipos de resultados devemos esperar das instituições participativas? In: PIRES, R. R. (Org.). **Efetividade das Instituições Participativas no Brasil: Estratégias de Avaliação**, Brasília: Ipea, 2011.

WENDHAUSEN, A. L. P. **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde. 1999**. 1999. Tese de Doutorado. Tese. (Doutorado em Filosofia da Saúde) –Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

_____; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. de. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 131-144, 2006.

_____; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, 2002.

_____; CARDOSO, S. de M. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 579-584, 2007.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZAMBON, V. D.; OGATA, M. N. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 921-927, Dec. 2013.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Roteiro de Entrevista Pesquisa Conselho Municipal de Saúde

Prezado respondente,

Somos do Departamento de Administração da UFV e estamos realizando uma pesquisa sobre o Conselho Municipal de saúde na sua cidade. Sua participação é muito importante para nosso trabalho; por isso, gostaríamos de contar com sua participação, nos respondendo a algumas perguntas. Desde já, gostaríamos de deixar claro que a identidade de todos os respondentes não será exposta e que as informações coletadas através destas perguntas serão utilizadas para fins desta pesquisa.

PESQUISA	Conselhos gestores de políticas públicas em saúde
OBJETIVO	Analisar o exercício do controle social no processo participativo, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde na cidade de Juiz de Fora.

- i) Verificar, no Conselho Municipal de Saúde, aspectos de autonomia e heteronomia no exercício do controle social;
- ii) Analisar a dinâmica de funcionamento, participação e deliberações no âmbito do conselho;
- iii) Verificar se, no Conselho Municipal de Saúde, as práticas democráticas são preservadas no exercício do controle social.

Nome do entrevistado: _____ Data da entrevista: _____

Parte 1 – Caracterização do entrevistado

1	Sexo	Feminino	Masculino

2	Faixa etária	Até 18 anos	de 18 a 30	de 31 a 40	de 41 a 50	de 51 a 60	acima de 60

3	Grau de escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	Ensino Fundamental completo	Ensino Médio completo	Ensino Superior completo	Pós-graduação completa

4	Atividade profissional	Estudante	Trabalhador formal (público ou empresa)	Autônomo	Desempregado	Aposentado	Do Lar

5 Qual categoria o (a) senhor (a) representa (usuário SUS, trabalhador saúde, prestador ou governo)?

6 Há quanto tempo o Sr (a) é conselheiro (quantas gestões)?

Parte 2 - Ambiente político-institucional

7 O Sr (a) é filiado a algum partido político?

8 Como é a relação entre o Sr (a) e sua base de representação (usuários, trabalhador...)? Como o Sr (a) comunica a eles o que é discutido aqui?

9 O Sr (a) representa alguma entidade aqui no conselho (Igreja, associação moradores...)?

10 O Sr (a) acredita que a atitude dos conselheiros é influenciada por alguns grupos? Se sim, como acontece? Quais são esses grupos?

11 Como é a relação entre o conselho e o poder público (prefeito, secretário de saúde, vereadores...)?

Parte 3 – Deliberações no conselho

12 Como são as reuniões? Quem mais fala? Quem determina o que deve ser discutido? As pessoas ouvem quando o senhor fala?

13 E quanto às decisões, como elas são tomadas dentro do conselho?

14 O Sr (a) acha que o conselho tem voz e poder de decisão, se o que é discutido e decidido aqui realmente é ouvido? Essa decisão é influenciada por alguém de fora?

Parte 4 - Participação

15 Como o Sr (a) avalia a sua participação aqui no conselho? O senhor acredita que tenha voz nas decisões?

16 Como o Sr (a) avalia a participação dos conselheiros? O senhor acha que eles realmente têm interesse e sabem da importância que têm?

Parte 5 – Controle social

17 O que o Sr (a) entende como papel e função do conselho municipal de saúde? O Sr (a) acha que o conselho consegue cumprir essa função? (Se não, o que falta?)

18 O Sr (a) acha que o conselho tem capacidade de influenciar, controlar ou decidir sobre as políticas públicas?

19 As decisões que são tomadas aqui são levadas a frente e implementadas?

20 O conselho propõe muitas ações direcionadas pra saúde? Essas ações são cumpridas?

21 O Sr (a) acha que o conselho consegue, de alguma forma, fiscalizar as ações direcionadas pra saúde?

22 O que o Sr (a) entende por controle social?

Parte 6– Práticas democráticas

23 Como acontece a relação entre os três segmentos que compõem o conselho (usuários do SUS, trabalhadores, governo)? O Sr (a) acha que alguém tenta impor a opinião dele sobre os outros? Como o senhor avalia esta situação?

24 O Sr (a) acredita que as decisões tomadas no conselho são justas? Mesmo quando as decisões tomadas são diferentes do esperado ou como o Sr (a) gostaria que fosse?

25 O Sr (a) recebeu alguma qualificação ou treinamento? Antes de entrar ou depois que já estava no conselho? Qual o conteúdo desse treinamento?

Agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para esclarecer qualquer dúvida.

ANEXO A – Regimento interno do conselho

REGIMENTO INTERNO DO CMS/JF

CAPÍTULO I DA INSTITUIÇÃO

Art. 1º – O presente Regimento regula as atividades e atribuições do Conselho Municipal de Saúde/JF. Criado pela Lei Orgânica do Município de Juiz de Fora - Instituído e regulamentado pela Lei nº 8076 de 11/05/92, publicada na Tribuna da Tarde de 13 de maio de 1992.

DA DEFINIÇÃO

Art. 2º - O C.M.S./JF é Órgão Colegiado, Normativo, Fiscalizador, Deliberativo e Permanente do Sistema Único de Saúde – SUS no município de Juiz de Fora, tem por finalidade atuar na formulação e no controle da execução da política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos, financeiros, estratégias e promoção do processo de Controle Social em toda a sua amplitude, no âmbito do setor público e privado no município de Juiz de Fora.

CAPÍTULO II DAS DIRETRIZES BÁSICAS DE ATUAÇÃO

Art. 3º - O C.M.S./JF no exercício de suas atribuições observará a legislação e normalização Federal, Estadual e Municipal bem como as diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde, visando garantir:

- a) Uma política de saúde que assegure o desenvolvimento e a complementariedade entre as dimensões preventivas e assistenciais, garantindo a universalização e o acesso igualitário a um ambiente sadio e aos serviços de saúde a toda a população do município de Juiz de Fora.
- b) Controle Social, Hierarquização, Regionalização, Universalização do acesso, Equidade, instituindo um sistema de ações e serviços resolutivos, eficazes e eficientes, com base nas realidades sócio-epidemiológicas das diversas Regiões Sanitárias do Município de Juiz de Fora.
- c) Opinar junto as Instituições competentes quando as necessidades de formação de Recursos Humanos em Saúde sugerindo diretrizes quantitativas e qualitativas para os recursos.
- d) Elevar o nível de consciência sanitária de cada cidadão do Município e estimular a participação popular.
- e) A participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna o CMS/JF uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política da saúde.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º - O Conselho Municipal de Saúde será composto de forma paritária, sendo 50% de representantes de órgãos do Governo, prestadores de serviços e Entidades de Profissionais da área de Saúde e 50% de representantes de Usuários.

Art. 5º – O Conselho Municipal de Saúde, contará com 54 membros efetivos e 54 membros suplentes totalizando 108 Conselheiros, na seguinte composição:

I – Órgãos do Governo 09 (nove) representantes:

- 01 representante da Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Econômico - SPDE
- 01 representante da Cia de Saneamento Municipal - CESAMA
- 01 representante da Secretaria de Educação - SE
- 01 representante da Secretaria de Saúde - SS
- 01 representante dos Cursos da área de Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF
- 01 representante da Superintendência Regional de Saúde – SES-Mg/SRS-Juiz de Fora
- 01 representante do Departamento Municipal de Limpeza Urbana - DEMLURB
- 01 representante da HEMOMINAS
- 01 representante da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG

II - Prestadores de Serviços 09 (nove) representantes:

- 01 representante do Hospital Universitario - HU
- 03 representantes das Instituições de Saúde, sem fins lucrativos
- 03 representantes das Instituições de Saúde, com fins lucrativos
- 01 representante dos Sindicatos e Associações Profissionais vinculados ou não ao Sistema único de Saúde SUS, que prestam serviços de saúde a seus filiados.
- 01 representante da sociedade de Medicina e Cirurgia

III - Profissionais de Saúde 09 (nove) representantes:

- 01 representante do Sindicato dos Trabalhadores, Funcionários e Servidores Municipais da Administração Direta, Indireta, Fundações, Autarquias, Empresas Públicas e Associações Civas da Prefeitura de Juiz de Fora - SINSEPU
- 1 representante do Sindicato dos Trabalhadores
- 2 Públicos Estaduais de Saúde - SIND-SAÚDE
- 01 representante do Sindicato dos Servidores da Previdência Social - SINTSPREV
- 01 representante do Sindicato dos Médicos
- 01 representante do Sindicato dos Odontólogos
- 01 representante do Sindicato dos Enfermeiros
- 01 representante do Sindicato ou de órgão de fiscalização dos Profissionais de Serviço Social
- 01 representante do Sindicato dos Psicólogos
- 01 representante do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Juiz de Fora

IV - Usuários 17 representantes do Conselho Regional de Saúde:

Cada Conselho Regional indicará, no mínimo, um representante para ocupar uma vaga. O critério que definirá os números de representantes a mais que os Conselhos Regionais de Saúde indicarão, se dará segundo a relação de uma vaga de representação para cada montante de 40.000 habitantes existentes na respectiva região sanitária.

A distribuição das vagas de representação se fará da seguinte forma:

- 01 representante para cada uma das regiões:
1 - 2 - 5 - 6 - 8 - 9 - 11 - 12
- 02 representantes para cada uma das regiões:
3 - 4 - 7
- 03 representantes para a Região 10, sendo que um obrigatoriamente da Zona Rural.
- Havendo aumento da população e/ou modificações na distribuição das regiões sanitárias, caberá ao Conselho Municipal de Saúde definir o número de habitantes que dará direito a representação do CMS, sem no entanto, ultrapassar o limite de 17 representantes.
- 10 representantes das demais Instituições da Sociedade Civil Organizada, sendo:
 - 02 representantes dos Trabalhadores, através de seus Sindicatos
 - 02 representantes das Instituições organizadas sob interesses da sociedade em geral.
 - 02 representantes das Instituições organizadas sob interesses das crianças, adolescentes, mulheres e idosos.
 - 02 representantes das Instituições dos usuários de serviços de saúde especializados e dos segmentos populacionais de maior risco sanitário
- 01 representante das Instituições dos seguimentos institucionalmente organizados sob outros interesses de proteção pública e de bem estar social, cujas preocupações contemplam, direta ou indiretamente, as questões sanitárias.
- 01 representante da UNIJUF/União Juizforana - Sociedade Pró-Melhoramentos de Bairros e Distritos(Lei 10.333 de 12/11/2002).

CAPITULO IV DAS INDICAÇÕES E SUBSTITUIÇÕES

Art. 6º - Os representantes a serem indicados pelas entidades serão escolhidos em assembleia convocada para este fim, respeitados seus Regimentos Internos; salvo os representantes das Instituições Prestadoras de Serviços e do Governo Municipal, por suas particularidades. A indicação deverá ser comunicada ao C.M.S./JF mediante correspondência específica acompanhada de ata da assembleia que os elegeu.

§1º - **Todos** Conselheiros efetivos e suplentes serão nomeados pelo Prefeito Municipal mediante indicação:

a) Da autoridade Estadual ou Federal no caso da representação de órgão Federal ou Estadual.

b) Das respectivas entidades nos demais casos.

§2º - **Um** Conselheiro só poderá representar uma entidade.

§3º - **Será** considerada como existente, para fins de participação no C.M.S./JF, a entidade que comprovar estar regularmente constituída, funcionando a mais de um ano, bem como registrada em órgão competente, quando for o caso.

§4º - **A** indicação dos representantes do Governo Municipal será de livre escolha pelo Chefe do Poder Executivo.

§5º - **O** exercício do mandato dos Conselheiros terá vigência de dois anos, podendo ser concluído por outro representante, ou se estender por mais um exercício, quando, tais excepcionalidades, ocorrerem em cumprimento à deliberação de assembleia da entidade que o indicou. A assembleia referida neste parágrafo será convocada especialmente para este fim. A indicação deverá ser comunicada ao C.M.S./JF mediante correspondência específica acompanhada de ata da assembleia. O Conselheiro será empossado após a nomeação a ser feita pelo Prefeito Municipal.

§6º - **Cada** um dos representantes será um Conselheiro e deverá ter um suplente, indicado formalmente pela entidade que representa, para a sua substituição. O suplente indicado poderá participar, sem direito a voto, e com direito à voz, mesmo na presença do representante efetivo, em todas as atividades do C.M.S./JF que implique na presença do representante efetivo.

§7º - **O** representante suplente assumirá automaticamente todas as funções e direitos de Conselheiro, inclusive o de voto, quando o representante efetivo se afastar temporária ou definitivamente das atividades da Plenária do C.M.S./JF.

§8º - **O** Secretário de Saúde é membro nato do C.M.S., podendo votar e ser votado para os cargos da Mesa Diretora.

§9º - **Nos** impedimentos legais do Presidente, o Vice-Presidente assumirá a Presidência do C.M.S./JF, e assim sucessivamente.

§10º - **As** entidades eleitas com assento no C.M.S./JF, deverão no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, informar o desligamento de seu representante, bem como indicar substituto (s). Não o fazendo fica o C.M.S./JF de ofício autorizado a regularizar o processo de representação. Considerando o resultado do Processo Eleitoral vigente chamando para compor a entidade subsequente.

§11 - **A** entidade eleita que compõe o C.M.S./JF no Segmento Usuário/Prestador de Serviços que tiver o seu representante exonerado, em conformidade com os artigos do Regimento Interno do C.M.S., não o substituindo no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos após notificação do C.M.S./JF, será substituída no respectivo segmento pela entidade suplente conforme último Processo Eleitoral realizado. Havendo empate durante a realização do Processo Eleitoral, será contemplada a entidade de maior tempo de existência legal.

I - A entidade que incorrer no disposto do parágrafo 10º e 11 ficará impedida de participar e concorrer ao pleito seguinte, bem como seu representante, ainda que por outra entidade.

§12º - **As** entidades interessadas em participar do C.M.S./JF deverão se cadastrar conforme Resolução 160/06.

I - O C.M.S./JF verificará "in loco" o regular funcionamento das entidades nele cadastrado, contando para isso com o apoio e a estrutura existente no município.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º - São atribuições do Conselho Municipal de Saúde:

- I. **Zelar** pelo cumprimento integral da Lei Municipal nº 8076 de 11 de maio de 1992 que cria o C.M.S./JF, a Conferência Municipal de Saúde e dá outras providências; bem como pelo cumprimento das atribuições estabelecidas em Leis que impliquem em questões de interesse sanitário da municipalidade.
- II. **Assegurar** a todo cidadão no município o direito à saúde nos termos da Constituição Federal, Estadual e da Lei Orgânica Municipal quanto a Conferência Municipal de Saúde
- III. **Normalizar** todos os processos necessários: convocação, instalação e divulgação; para a realização da Conferência Municipal de Saúde a ser convocada pelo Poder Executivo junto com este Conselho ordinariamente a cada quatro anos.
- IV. **Propor** Regimento Interno da Conferência Municipal de Saúde de Juiz de Fora, a ser aprovado pelos delegados eleitos imediatamente após a instalação dos trabalhos.
- V. **Indicar** Comissão Organizadora a cada Conferência Municipal de Saúde a ser ratificada pelo Poder Executivo.
- VI. **Vetar** a legitimidade e suspender os trabalhos de convocação ou instalação da Conferência Municipal ao detectar e comprovar irregularidades no processo de eleições dos delegados. Neste caso, nova Conferência Municipal deverá ser estabelecida em nova data, num prazo mínimo de 30 (trinta) dias e máximo de 90 (noventa) dias.
- VII. **Zelar** pelas diretrizes da política municipal de saúde aprovadas pela Conferência Municipal de Saúde.
- VIII. **Aprovar**, acompanhar, avaliar e controlar a execução do capítulo da saúde de Plano Diretor do Município, do Plano Municipal de Saúde e seus programas, revisto anualmente, e propor, quando for o caso, novas estratégias e prioridades para o alcance dos objetivos formulados a partir das diretrizes emanadas da Conferência Municipal de Saúde, no equacionamento de questões de interesse sanitário municipal.
- IX. **Propor** o equacionamento de questões de interesse municipal na área da saúde definindo para tanto as prioridades.
- X. **Atuar** na formulação, normatização, acompanhamento, avaliação e controle da execução da política municipal de saúde, inclusive no que se refere à alocação de recursos humanos, materiais, econômicos, financeiros e a movimentação de recursos repassados ao Fundo Municipal de Saúde.
- XI. **Deliberar** sobre todos os assuntos de competência do Sistema Único de Saúde do Município, funcionando ainda como instância superior de recursos.
- XII. **Definir** critérios de qualidade para os bens e serviços públicos e privados oferecidos no âmbito do SUS.
- XIII. **Definir** critérios e apreciar pedidos de instalação de unidades produtoras de insumos e de quaisquer serviços de saúde, públicos ou privados, a serem contratados, conveniados ou não, a fim de garantir a realização das diretrizes e bases do SUS no município, respeitando as Normas Estaduais e Federais já existentes.
- XIV. **Definir** critérios e aprovar projetos de formação de consórcios intermunicipais para ações e serviços de saúde.
- XV. **Definir** estratégias de articulação das instituições afins buscando aprimorar, acompanhar e desenvolver as políticas de saúde de nível Regional, Estadual e Federal relacionadas com a realização das diretrizes e bases do SUS no município.
- XVI. **Aprovar** os regulamentos e normas necessárias para o pleno desenvolvimento e funcionamento do Sistema Único de Saúde no município.
- XVII. **Apreciar** e aprovar a criação ou extinção dos Serviços e Programas Sanitários executados pelas instituições municipais do setor saúde.
- XVIII. **Promover** a estruturação e o fortalecimento dos Conselhos Locais e Regionais de Saúde, de forma a serem legítimos representantes dos Usuários, estabelecendo critérios e diretrizes gerais para formação e funcionamento dos Conselhos Regionais e Locais de Saúde.
- XIX. **Observar**, apreciar e julgar os trabalhos realizados pelos Conselhos Regionais e Locais de Saúde, em situações conflituosas estabelecidas no âmbito de atuação destes Conselhos.
- XX. **Possibilitar** o amplo conhecimento do Sistema Municipal de Saúde à população e as Instituições públicas e entidades privadas.
- XXI. **Convocar** a participação de servidor de qualquer função ou categoria profissional integrante do Sistema Único de Saúde no âmbito do município, apenas com o direito à voz, para a elaboração de estudos, palestras técnicas e esclarecimentos de atividades desenvolvidas ou propostas pelos órgãos a que pertence.
- XXII. **Convidar** para participar das reuniões e atividades do C.M.S./JF técnicos ou representantes de instituições ou movimentos organizados da sociedade civil que estão diretamente envolvidos nos assuntos que está sendo tratado, apenas com o direito à voz.
- XXIII. **Convidar** dirigentes dos órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde no âmbito do município sempre que entender necessário para conhecer e debater encaminhamentos relacionados, direta ou indiretamente, com os assuntos de interesse sanitário da municipalidade.
- XXIV. **Solicitar** e apreciar os relatórios das atividades contratadas de todas as instituições e órgãos vinculados ao Sistema único de Saúde do município garantindo a avaliação efetiva do cumprimento das diretrizes, objetivos e metas de programas e atividades deliberadas pela Conferência Municipal de Saúde e pelo Plano Municipal de Saúde aprovado anualmente por este Conselho.
- XXV. **Promover**, incentivar e participar da realização de estudos e pesquisas sobre a determinação, prevenção e controle de doenças.
- XXVI. **Promover** a nível de comissão, estudos para determinação de Distritos Sanitários e formas de atuação nos mesmos.
- XXVII. **Cobrar** da Secretaria de Saúde a divulgação ampla de dados e estatísticas relacionadas com a saúde da população do município quanto aos recursos da Política Municipal de Saúde.

XXVIII. Apreciar e aprovar as demonstrações mensais da receita e despesa do Fundo Municipal de Saúde de JF, bem como sugerir encaminhamentos para a melhor destinação dos recursos financeiros com vistas ao cumprimento das metas do Plano Municipal de Saúde e do Plano Anual de execução dos Recursos do Fundo Municipal de Saúde, aprovados pelo C.M.S./JF

XXIX. Apreciar as demonstrações quadrimestrais e anuais do inventário e do balanço em geral, dos estoques de medicamentos e de instrumentos médicos, dos bens móveis e imóveis, sugerindo encaminhamentos para a melhor destinação dos recursos financeiros com vistas ao cumprimento das metas do Plano Municipal de Saúde e do Plano Anual de Execução dos Recursos do Fundo Municipal de Saúde, aprovados pelo C.M.S./JF

XXX. Sugerir e Deliberar sobre as Diretrizes para estabelecimento de prioridades no PPA,PMS,PAS,LDO e LOA, a ser encaminhada para apreciação do Poder Legislativo.

XXXI. Apreciar e aprovar as políticas públicas e sanitárias de gastos, investimentos, patrimônio e obras no setor saúde.

XXXII. Aprovar o recolhimento e acompanhar o emprego e execução dos recursos financeiros extra-orçamentários para o setor saúde no município, de acordo com a legislação e normas vigentes, prestando contas aos órgãos competentes.

XXXIII. Definir normas e estabelecer critérios para a distribuição de quaisquer outros instrumentos a serem criados que executem repasses de recursos operados pelo poder público por via externa ao fundo municipal de saúde.

XXXIV. Definir critérios e aprovar o Plano Anual de Execução dos Recursos repassados ao Fundo Municipal de Saúde em consonância com o Plano Municipal de Saúde, e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias.

XXXV. Definir critérios para a revisão, elaboração e celebração de contratos e convênios na compra de serviços da rede privada e fiscalizar o funcionamento destes serviços no município, a fim de garantir a realização das diretrizes e bases do Sistema Único de Saúde (SUS).

XXXVI. Discutir e aprovar critérios para a instalação de qualquer serviço público ou privado que mantenha ou venha manter contrato ou convênio com órgão público de saúde em consonância com o Plano Municipal de Saúde vigente.

XXXVII. Apreciar a política de recursos humanos públicos do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal proposta pelas respectivas instâncias governamentais e aprovar, quando julgar necessário e oportuno, instrumentos de compensação ou estímulo a produtividade qualificada com vistas à isonomia no setor saúde. Estes instrumentos só serão criados a partir de justificativa detalhada e "comprovada" de necessidade dos mesmos, bem como em conjunto com a criação de instrumentos de administração e planejamento dos serviços que garantam a contrapartida da melhoria da assiduidade, qualidade e produtividade dos profissionais nos serviços de saúde.

XXXVIII. Apreciar pareceres e encaminhar discussões para a implantação do Plano de Carreiras, Cargos e Salários na área de Saúde quanto ao controle e avaliação do SUS em Juiz de Fora.

XXXIX. Fiscalizar a alocação dos recursos econômicos, financeiros, operacionais e humanos dos órgãos institucionais integrantes do Sistema Municipal de Saúde, para que assim possam melhor exercer suas atividades e atender eficientemente às necessidades populacionais nesta área.

XL. Observar e avaliar todos os serviços de saúde que operam no município, de natureza pública ou privada utilizando, para tanto, de consultoria externa ou não. Cientificando as autoridades Municipais, Estaduais e Federais competentes a fim de apurar irregularidades e distorções, bem como, auxiliar e acompanhar os trabalhos realizados por tais autoridades do poder público.

XLI. Fiscalizar o cumprimento de critérios gerais de controle e avaliação do Sistema Único de Saúde no âmbito do município com base em parâmetros de cobertura, cumprimento de metas estabelecidas, produtividade, resolutividade, qualidade e satisfação da população usuária dos programas, ações e serviços tendo em vista o pleno atendimento das necessidades sanitárias da população.

XLII. Instituir Internamente Comissões Sanitárias de Investigação para apurar denúncias de irregularidades de quaisquer natureza, inclusive daquelas que dizem respeito à Administração Pública, bem como, para propor opções de encaminhamento para a melhor forma de regularização das mesmas, e ainda, propor opções para que se evite a recorrência destas irregularidades.

XLIII. Fiscalizar, avaliar e acompanhar os trabalhos dos órgãos competentes da administração pública na Inspeção e Controle:

- a) Das condições de trabalho, bem como, as condições sanitárias de estabelecimentos comerciais e industriais.
- b) De produtos tóxicos, radioativos, medicamentosos e alimentícios comercializados no município.
- c) Das ações, serviços e instalações que prejudiquem as condições ambientais de saneamento.
- d) Das ações, serviços e instalações operadas para melhoria do bem-estar das crianças.
- e) Adolescentes, pessoas portadoras de deficiência, mulheres e idosos quanto a outros assuntos.

XLVI. Expedir atos complementares às normas deste Regimento, na forma de Resoluções

XLVII. Convocar plebiscitos e consultas junto à comunidade sobre temas com implicações sanitárias que julgar necessários.

XLVIII. Designar Comissão Eleitoral para acompanhar as assembleias que elegerão os representantes dos segmentos para novo mandato do C.M.S./JF.

XLIX. Reunir e divulgar amplamente informações relacionadas com a saúde dos cidadãos.

L. Zelar pelo cumprimento de outras competências definidas em normas complementares.

LI. Acionar o Poder Judiciário para fazer cumprir as Leis referentes a assuntos da Saúde, o Regimento Interno da Conferência Municipal de Saúde de Juiz de Fora do C.M.S./JF, da Comissão Executiva, e das Comissões Permanentes.

LII. Elaborar e/ou modificar seu Regimento Interno, definindo nele as diretrizes específicas para o seu funcionamento, bem como as formas de participação de seus membros em suas reuniões.

LIII. Propor alterações deste Regimento Interno, desde que aprovado por maioria absoluta.

LIV. Opinar previamente sobre toda e qualquer proposta de alteração da legislação sobre o Sistema Único de Saúde no âmbito do município.

LV. **A cada** quatro meses será pautado especificamente no Conselho, pronunciamento do Secretário de Saúde, prestação de contas em relatório detalhado sobre andamento da agenda de saúde do município, pactuações, aplicação dos recursos, auditorias caso haja, produção do sistema, oferta de serviços próprios e conveniados de acordo com o Art. 12 da Lei 8689/93, considerando os Princípios e Diretrizes do SUS. O relatório será encaminhado 15 dias após o término do quadrimestre a ser debatido.

Art. 8º - São atribuições dos membros do C.M.S./JF:

- a) Propor, apreciar e aprovar as normas regimentais.
- b) Obedecer as normas regimentais.
- c) Comparecer às reuniões na data e horário pre-fixados.
- d) Participar de todas as discussões e deliberações da Plenária do C.M.S./JF.
- e) Participar de todas as discussões e trabalhos de Comissão a que pertencerem.
- f) Votar as proposições submetidas à deliberação.
- g) Justificar seu voto, quando for o caso.
- h) Apresentar proposições, requerimentos, moções, denúncias, esclarecimentos e questão de ordem.
- i) Desempenhar as funções para as quais forem designados.
- j) Relatar os assuntos que lhe forem atribuídos.
- k) Apresentar retificações ou impugnação das atas antes de sua aprovação, imediatamente após sua leitura.
- l) Definir os critérios e apreciar, respeitando leis, normas e regulamentações vigentes sobre a matéria, para contratos e convênios entre o setor público e as entidades privadas, no que tange à prestação de serviços de saúde.
- m) Discutir e deliberar sobre todas as matérias que lhe forem encaminhadas.
- n) O Ad Referendum será obrigatoriamente objeto de discussão e deliberação pelo pleno, na reunião subsequente. Excetuam-se os casos de reuniões com pauta específica.

CAPÍTULO VI DA CONVOCAÇÃO

Art. 9º - O C.M.S./JF reunir-se à ordinariamente duas vezes por mês, e extraordinariamente quando convocado pela Mesa Diretora do Conselho ou pela maioria simples de seus membros.

§ 1º - **Em** primeira convocação às 18:30h com cinquenta por cento mais um, de seus membros, considerando os suplentes presentes.

§ 2º - **Em** segunda convocação às 18:45h com cinquenta por cento mais um, de seus membros, considerando os suplentes presentes.

§ 3º - **Em** terceira e última convocação, às 19:00h com um terço dos membros do conselho, considerando os suplentes presentes.

§ 4º - **As** reuniões ordinárias serão realizadas na quarta quarta-feira de cada mês e as quintas-feiras, quando necessário, nas reuniões de quinta-feira não haverá informes, somente leitura do relatório pela comissão referente à matéria a ser discutida. A Secretaria Executiva poderá registrar as ausências de justificativas encaminhadas.

§ 5º - **Havendo** necessidade de realização de reuniões na quinta-feira, a pauta conterá dois pontos. Podendo ocorrer apenas uma inclusão, desde que aprovada pelo pleno do CMS, e que tenha sido protocolado na Secretaria Executiva com antecedência mínima de 15 dias úteis e que tenha sido apreciada pela(s) comissões afins, que deverá exarar parecer sobre a relevância da matéria.

§ 6º- **Após** o protocolo, a Secretaria Executiva do CMS terá três dias úteis para encaminhar a Comissão responsável para análise da matéria.

§ 7º- **A** Comissão terá 10 dias corridos para exarar seu parecer. Não o fazendo o pleno decidirá por apreciar ou não a matéria.

§ 8º- **A** Comissão será convocada por telegrama sendo informada do assunto a ser apreciado.

§ 9º- **O** C.M.S./JF reunir-se-á ordinariamente em dia da semana e horário pré-fixados, definindo assim no calendário anual das reuniões ordinárias.

§ 10º- **As** reuniões extraordinárias deverão ser convocadas com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas, devendo acompanhar a convocação a pauta dos trabalhos ou o motivo da convocatória.

§ 11º- **As** reuniões extraordinárias serão convocadas para deliberar sobre matéria urgente e inadiável, devendo ter presente um terço dos membros do conselho considerando os suplentes presentes.

Art. 10º - A Mesa Diretora do C.M.S., por motivo de força maior poderá convocar o C.M.S./JF em caráter de urgência, sem a necessidade de cumprir os requisitos referidos nos artigos anteriores.

Art. 11 - As sessões com duração de três horas destinam-se a discussão e votação de toda a matéria constante de pauta ou objetivo da convocação extraordinária.

Parágrafo Único: No caso de não esgotamento da pauta durante a sessão estabelecida na convocatória, o C.M.S./JF poderá prorrogar o tempo de duração da sessão ou marcar nova data para continuidade dos trabalhos.

Art. 12 - Os assuntos pertinentes à Atenção Básica deverão preferencialmente, ocupar na ordem da pauta os primeiros itens.

Art. 13 - Deverá estar à disposição dos conselheiros a pauta e o material de trabalho das reuniões ordinárias com antecedência mínima de 7 (sete) dias.

Art. 14 – A pauta das reuniões extraordinárias será submetida a aprovação do C.M.S./JF no início da reunião.

**CAPÍTULO VII
DAS REUNIÕES, DELIBERAÇÕES E FUNCIONAMENTO**

Art. 15 – O C.M.S./JF se reunirá com a presença de um terço dos membros, considerando-se os suplentes que estiverem substituindo os titulares, sendo as atividades dirigidas por sua Mesa Diretora, devendo os participantes assinar registro de presença.

I - A assinatura do registro de presença se estenderá por trinta minutos após o início da reunião.

Art. 16 - O C.M.S./JF deliberará em qualquer instância com a presença de um terço dos conselheiros presentes à reunião, considerando os suplentes que estiverem em exercício, por meio do voto em aberto.

Art. 17 – Na ausência do conselheiro efetivo, após 30 (trinta) minutos do início dos trabalhos, o seu suplente, assumirá até seu término, com direito a voz e voto.

Art. 18 - O registro de presença será recolhido após trinta minutos do início da reunião não sendo permitida qualquer assinatura após seu recolhimento.

Art. 19 - A plenária do C.M.S./JF obedecerá a seguinte ordem de pauta:

- a) Verificação do quorum e abertura da reunião
- b) Discussão e deliberação da (s) ata (s) da (s) reunião (ões) anterior (es).
- c) Abertura da palavra ao público.
- d) Nas reuniões de Quarta Feira do C.M.S./JF haverá 10 (dez) minutos reservados ao pronunciamento do público de forma a permitir no máximo 02 (duas) inscrições por sessão, tempo este que será dividido entre os inscritos.
- e) As inscrições do público para as sessões plenárias, deverão ocorrer num prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas antes da realização da reunião, através de requerimento por escrito dirigido ao presidente do C.M.S./JF, não havendo discussão sobre o exposto e/ou matéria.
- f) Distribuição de processos para a elaboração dos respectivos pareceres por parte das comissões.
- g) Discussão e deliberação das matérias (15 minutos para o expositor podendo ser prorrogado por mais cinco para a conclusão).
- h) O número de inscrições será sugerido pela mesa e colocado para apreciação da plenária.
- i) Cada conselheiro terá 3 minutos para intervenção, cabendo reinscrição apenas quando for citado por um tempo de um minuto.
- j) Tempo para resposta do expositor 15 minutos, podendo ser prorrogado por mais cinco para conclusão.
- k) Leitura, discussão e deliberação dos relatórios das comissões permanentes e/ou provisórias obedecerá ao tempo máximo de 03 (três) minutos após a leitura o relatório deverá ser entregue a mesa diretora
- l) Leitura do expediente, comunicações, requerimentos, moções, indicações e proposições. Deverá ser observada a apresentação em um tempo máximo de 03 (três) minutos por cada órgão integrante do CMS/JF.
- m) Ficará sob a responsabilidade da Mesa Diretora do C.M.S./JF o controle do tempo de cada pronunciamento na reunião.
- n) No decorrer das discussões serão permitidas duas inscrições referentes ao tema para os que não tem assento no conselho, com o tempo de três minutos para cada inscrito.
- o) Os formulários dos pontos de pautas para as reuniões subsequentes serão recolhidos antes do término de cada reunião, não serão acolhidos formulários entregues posteriormente, para as reuniões de quarta-feira serão pautados dois pontos

Parágrafo Único: Não havendo quorum para início da reunião a mesma será cancelada.

Art. 20 - Encerrada a discussão do ponto em questão, a pedido de qualquer membro do C.M.S./JF o procedimento de votação seguirá:

- a) Enunciado da(s) proposta(s).
- b) Abertura para pedidos de esclarecimentos.
- c) Defesa contra ou a favor por 01 (um) minuto sem prorrogação.
- d) Em regime de votação, não será concedida a palavra a nenhum Conselheiro.

§ 1º - **Quando** o processo de votação não for solicitado por nenhum Conselheiro às questões de consentimento serão consideradas como submetidas à votação simbólica, aprovadas por unanimidade dos votos dos Conselheiros presentes à reunião, cabendo ao Presidente acusar imediatamente sua realização.

§ 2º - **Não** serão permitidos votos por procuração.

§ 3º - **Cada** Conselheiro Efetivo terá direito a um único voto.

§ 4º - **Para** toda votação que terminar em empate o assunto deverá continuar em debate até que se estabeleça uma deliberação majoritária.

§ 5º - **As** votações devem ser apuradas pela contagem de votos a favor, contra e abstenções.

§ 6º - **A** recontagem dos votos deverá ser realizada quando a Mesa Diretora julgar necessário ou quando for solicitado por um ou mais conselheiro.

§ 7º - **Para** a eleição da mesa diretora, secretaria executiva e ouvidoria de saúde o voto será secreto, com utilização de cédulas previamente elaboradas, com as alternativas, para que o eleitor assinale sua opção apenas em um quadrilátero. Os nomes na cédula serão dispostos conforme o registro de inscrição.

Art. 21 - As deliberações do C.M.S./JF serão registradas em ata, que antes de ser aprovada deverá ser encaminhada, na qualidade de documento de circulação restrita e de validade provisória, junto com a pauta da reunião subsequente. A ata será aprovada pelo C.M.S./JF antes de sua difusão pública.

§1º - De cada sessão ordinária ou extraordinária do C.M.S./JF será lavrada ata circunstanciada, da qual deverão constar:

- a. Dia, hora e local de sua realização, nome de quem a presidiu e pauta da reunião, conforme lista de presença.
- b. Discussão porventura havida a propósito da ata da sessão anterior e o resultado da sua votação.
- c. Resumo das discussões havidas e os resultados das votações dos assuntos constantes na pauta e as decisões tomadas.
- d. Declaração de voto.

Art. 22 - Somente a Plenária do C.M.S./JF poderá alterar suas resoluções por maioria simples dos conselheiros presentes à reunião.

Art. 23 - Haverá registro de presença dos Conselheiros às reuniões e registro de atas em meio magnético, informatizados, que ficarão arquivados na Secretaria Executiva do C.M.S.

Art. 24 - A Plenária do C.M.S./JF poderá alterar as resoluções de qualquer outra de suas instâncias delegadas para tanto, pelo voto mínimo da maioria simples dos conselheiros presentes à reunião.

Art. 25 - É instrumento soberano da reunião:
a) Questão de ordem, exceto quando em regime de votação.

Art. 26 - São instrumentos rotineiros de funcionamento de reunião:
a) Pedido de limitação do tempo de intervenção de cada conselheiro
b) Pedido de abertura de inscrição para intervenção
c) Garantia de palavra
d) Pedido de aparte ao Conselheiro no direito da palavra
e) Pedido de esclarecimento; concedido por um minuto
f) Pedido de justificativa de voto
g) Pedido de transcrição em ata de documento ou pronunciamento
h) Pedido de recontagem de votos
i) Declaração de voto

Art. 27 - As sessões plenárias ordinárias e extraordinárias serão de acesso público com divulgação através de publicação escrita afixada na sede do CMS e publicada no sítio oficial da PJF.

§ 1º - O C.M.S./JF, quando entender oportuno, poderá através dos seus órgãos integrantes, convidar para participar de suas reuniões e atividades, técnicos ou representantes de instituições ou da sociedade civil organizada, desde que diretamente envolvidos nos assuntos que estiverem sendo tratados. O servidor do SUS quando necessário sua participação em reunião ou atividade no CMS/JF, será convocado pelo Conselho Municipal de Saúde, através da Secretaria de saúde.

Art. 28 - Os pronunciamentos do C.M.S./JF terão caráter decisório e serão expressos pela maioria dos votos dos membros presentes à sessão.

Art. 29 - As deliberações do conselho serão expressas em resoluções, que serão homologadas pelo Secretário de Saúde, no prazo de 15 (quinze) dias úteis. Não o fazendo as mesmas retornarão ao plenário, na reunião subsequente tendo prioridade sobre todos os assuntos, não podendo prosseguir nenhuma discussão, sem antes deliberar sobre a homologação.

Art. 30 - As resoluções homologadas pelo Conselho serão encaminhadas ao Ministério Público, para ciência e providências legais. A exposição de motivos pela Secretaria de Saúde pela não homologação, será encaminhada ao CMS, no mesmo prazo do artigo 29.

Art. 31 - Os assuntos da pauta, que por qualquer motivo não tenham sido objeto de discussão e deliberação pela plenária do C.M.S./JF, deverão constar, necessariamente, da pauta da reunião ordinária subsequente, observando o caráter de sua urgência sobre os novos pontos. Passando a ser a inclusão de pauta da quinta-feira.

CAPÍTULO VIII DOS ÓRGÃOS INTEGRANTES

Art. 32 - O Conselho Municipal de Saúde/JF, será constituído por:

- a) Plenário
- b) Mesa Diretora
- c) Comissão de Recursos da Saúde
- d) Comissões Temáticas
- e) Secretaria Executiva
- f) Ouvidoria Municipal de Saúde

DO PLENÁRIO

Art. 33 - Compete aos membros integrantes do plenário:

- a) **Comparecer** as reuniões ordinárias e extraordinárias do C.M.S./JF.
- b) **Relatar** no prazo máximo de 15 dias os processos que lhes forem distribuídos proferindo parecer conclusivo.
- c) **Requerer**, justificadamente, que conste na pauta, assuntos que devam ser objetos de discussão e deliberação pelo C.M.S./JF, bem como preferência para exame de material urgente.
- d) **Representar** o C.M.S./JF quando designado por seu plenário ou Mesa Diretora.
- e) **Requerer** a convocação de reuniões extraordinárias do plenário e Mesa Diretora, para discussão e deliberação de assuntos urgentes e prioritários.
- f) **Apresentar** projetos de resoluções e formular moções ou proposições no âmbito de competência do C.M.S./JF.
- g) **Solicitar** diligências em processo que no seu entendimento não estejam suficientemente instruídos.
- h) **Propor** alterações deste Regimento Interno.
- i) **Exercer** outras atribuições e atividades inerentes de sua função de conselheiro.
- j) **Votar** e ser votado para integrar os órgãos dirigentes do C.M.S./JF.
- k) **A Mesa Diretora** é a instância responsável pelo encaminhamento das deliberações do C.M.S./JF.
- l) **Presidirá** a plenária o presidente do C.M.S., e no seu impedimento, sucessivamente pelos membros da Mesa Diretora.
- m) **A Comissão** de Recursos da Saúde e as Comissões Temáticas terão os cargos definidos pelos conselheiros eleitos entre seus pares.
- n) **Na ausência** do Presidente da Comissão Temática, o Vice-Presidente assumirá as atividades da comissão e assim sucessivamente.
- o) **As Comissões** Temáticas serão constituídas pela Plenária e terão caráter permanente ou temporário.
- p) **A Plenária** constituirá uma Comissão de Recursos da Saúde com a finalidade de agilizar seus trabalhos, ao acompanhar e fiscalizar a movimentação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde de Juiz de Fora.
- q) **Cada comissão** obedecendo aos critérios de paridade, será composta de 06 membros eleitos sendo 03 (três) Usuários), 01 (um) Governo, 01 (um) Prestador de Serviço, 01 (um) Trabalhador em Saúde que terão um Presidente, um Vice-Presidente, 1º Relator e 2º Relator e Membros.
- r) **Não será** permitido a nenhum membro do C.M.S./JF participar quer como Efetivo ou Suplente da Mesa Diretora, Comissão de Recursos, Secretaria Executiva e Ouvidoria Municipal de Saúde simultaneamente.
- s) **Uma mesma** instituição não poderá concomitante ocupar cargo na Mesa Diretora, Comissão de Recursos, Secretaria Executiva e Ouvidoria Municipal de Saúde exclui-se outras comissões e representações.

DA MESA DIRETORA

Art. 34 - As atividades do C.M.S./JF serão dirigidas por uma Mesa Diretora, composta por conselheiros indicados pelos segmentos observando-se a paridade, (Um representante do Governo, Um representante dos Prestadores de Serviço, Um representante dos Profissionais de Saúde e Três representantes do Segmento dos Usuários) sendo a mesma eleita pelo plenário para 02 (dois) anos de mandato.

Parágrafo Único: Os segmentos em assembleia convocados especificamente para este fim, considerando o princípio da ampla defesa e do contraditório, poderá por decisão de 2/3 dos membros que o compõem indicar a plenária a substituição seu(s) representantes desde que contrarie o regime disciplinar deste.

Art. 35 - Os cargos para a Mesa Diretora serão preenchidos pelo voto secreto dos conselheiros eleitos na seguinte ordem:

- Presidente
- Vice-presidente
- 1º Secretário
- 2º Secretário
- 1º Diretor de Organização
- 2º Diretor de Organização

Parágrafo Único: Havendo mais de um postulante ao cargo, a votação se dará pelo voto secreto.

Art. 36 - A Mesa Diretora do C.M.S./JF será responsável:

- a. Por encaminhar, fazer cumprir as deliberações tomadas pelo C.M.S./JF.
- b. Por acompanhar o gerenciamento da Política Municipal de Saúde.
- c. Pela convocação, efetivação e coordenação de todas as reuniões - ordinárias e extraordinárias - do órgão.
- d. Pelo registro das reuniões do C.M.S./JF.
- e. Por todos os assuntos administrativos, econômico-financeiros e técnico-operacionais submetidos à apreciação e deliberação do C.M.S./JF.
- f. Por dar amplo conhecimento público de todas as atividades e deliberações do C.M.S./JF.
- g. Pelo encaminhamento de todas as providências e recomendações pelo plenário da C.M.S./JF.
- h. Por encaminhar e fazer cumprir as deliberações tomadas pelo C.M.S./JF.
- i. Por acompanhar a administração do Fundo Municipal de Saúde.

Art. 37 - São atribuições dos membros da Mesa Diretora:

I. Compete ao Presidente do Conselho Municipal de Saúde:

- a) Fiscalizar o cumprimento das metas e programas contemplados no Plano Municipal de Saúde, bem como as diretrizes estabelecidas pelas Conferências Municipais de Saúde.
- b) Presidir a Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde e os trabalhos da Conferência Municipal de Saúde.

- c) Cumprir e fazer cumprir as resoluções do Conselho Municipal de Saúde.
- d) Convocar ordinariamente as reuniões da Mesa Diretora e as do Conselho Municipal de Saúde.
- e) Representar o Conselho Municipal de Saúde Judicial e Extra-judicialmente.
- f) Presidir as reuniões e assembleias.
- g) Assinar correspondências, emitir portarias e assumir compromissos em nome da entidade.
- h) Promover a execução dos serviços administrativos do C.M.S./JF.

II. Compete ao Vice-Presidente da Mesa Diretora:

- Assessorar o Presidente em suas atribuições
- Substituir o Presidente em seus impedimentos

III. Compete ao Secretário da Mesa Diretora:

- Auxiliar a Mesa Diretora
- Lavrar as atas das reuniões da Mesa Diretora

IV. Compete aos Diretores de Organização:

- Manter contato com as entidades e demais órgãos com representação no Conselho Municipal de Saúde.
- Acompanhar e Assessorar os Conselhos Locais e Regionais de Saúde.

DA COMISSÃO DE RECURSOS DA SAÚDE

Art. 38 — São atribuições da Comissão de Recursos da Saúde:

I. Acompanhar e fiscalizar a movimentação quadrimestral dos recursos do Fundo Municipal de Saúde.

II. Propor critérios, a serem apreciados e aprovados pela Plenária, para a elaboração do Plano Anual de Execução dos Recursos repassados ao Fundo Municipal de Saúde em consonância com o Plano Municipal de Saúde, o Plano Plurianual e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias.

III. Apreciar e emitir parecer sobre as demonstrações mensais e despesa do Fundo Municipal de Saúde de Juiz de Fora a serem apreciados e aprovados pela Plenária do C.M.S./JF; bem como, propor à mesma, sugestões de encaminhamento para a melhor destinação dos recursos financeiros com vistas ao cumprimento das metas do Plano Municipal de Saúde e do Plano Anual de Execução dos Recursos do Fundo Municipal de Saúde, aprovados pelo C.M.S./JF.

IV. Apreciar as demonstrações quadrimestrais do inventário de estoques e medicamentos e de instrumentos médicos, anuais do inventário dos bens móveis e imóveis e do balanço geral; bem como apontar para os conselheiros em reunião plenária do C.M.S./JF, sugestões de encaminhamento para a melhor destinação dos recursos financeiros com vistas ao cumprimento das metas do plano municipal de saúde e do plano anual de execução dos recursos do fundo municipal de saúde, aprovados pelo C.M.S./JF.

V. Emitir parecer sobre a factibilidade do financiamento das metas do Plano Municipal de Saúde.

VI. Emitir parecer sobre a proposta de Plano Anual de Execução dos Recursos do Fundo Municipal de Saúde elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde a ser apreciada e aprovada pela Plenária do C.M.S./JF.

VII. Sugerir critérios para a elaboração da Proposta Orçamentária Anual para a saúde, bem como emitir parecer sobre a proposta elaborada pelo Poder Executivo Municipal a ser apreciada e aprovada pela Plenária do C.M.S./JF e encaminhada para a apreciação do Poder Legislativo.

VIII. Sugerir critérios para a elaboração, pela Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora das políticas públicas sanitárias de gastos, investimentos, patrimônio e obras no setor de saúde. Os critérios serão apreciados e aprovados pela Plenária do C.M.S./JF.

IX. Apreciar e emitir parecer sobre as políticas públicas sanitárias de gastos, investimentos, patrimônio e obras no setor de saúde; a ser apreciada e aprovada pela Plenária do C.M.S./JF.

X. Apreciar a prestação de conta anual que será feita junto à Câmara Municipal, a cada 04(quatro) meses após findar exercício financeiro.

XI. Apreciar e emitir parecer sobre as propostas de recolhimento, emprego e execução dos recursos financeiros extraorçamentários para o setor de saúde no município, de acordo com a legislação e normas vigentes, prestando contas aos órgãos competentes. As propostas serão aprovadas pela Plenária do C.M.S./JF.

XII. Acompanhar o recolhimento, emprego e execução dos recursos financeiros extraorçamentários para o setor saúde no município, de acordo com a legislação e normas vigentes, prestando contas aos órgãos competentes;

XIII. Propor normas e critérios para a distribuição de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e de Cobertura Ambulatorial no município, bem como para a distribuição de quaisquer outros instrumentos a serem criados que executem repasses de recursos operados pelo poder público por via externa ao fundo municipal de saúde; a serem apreciados e aprovados pela Plenária do C.M.S./JF, respeitadas a legislação federal e estadual.

XIV. Propor para a apreciação e aprovação da plenária do C.M.S./JF, critérios para revisão elaboração e celebração de contratos e convênios na compra de serviços da rede privada e fiscalizar o funcionamento destes serviços no município, sugerindo ainda, se necessário, a intervenção nos mesmos a fim de garantir a realização das diretrizes e bases do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitada a Legislação Estadual e Federal em vigor.

XV. Propor critérios para a elaboração e execução da política de recursos humanos Públicos do Sistema Único de Saúde sob bases exequíveis de financiamento.

XVI. Emitir parecer sobre a factibilidade do financiamento da política de recursos humanos públicos do Sistema Único de Saúde.

XVII. Propor instrumentos de compensação ou estímulo à produtividade qualificada com vistas à isonomia no setor saúde ao nível do município a serem apreciados e aprovados pela Plenária do C.M.S./JF.

XVIII. Propor critérios e o montante de recursos, a serem apreciados pela Plenária do C.M.S./JF, destinados à instalação de consultorias, à convocação dos consultores e a realização de trabalhos de investigação e apresentação destes, bem como, os recursos destinados a quaisquer outras despesas do C.M.S./JF, que serão previstos em rubricas específicas do Fundo Municipal de Saúde.

XIX. Elaborar pareceres para encaminhamento, discussão e implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários na área de Saúde.

XX. Sugerir auditoria contábil quando se fizer necessário, submetendo seus resultados à Plenária do C.M.S./JF.

DA SECRETARIA EXECUTIVA

Art. 39 - A Secretaria Executiva, como órgão de assessoramento, prestará apoio administrativo e operacional a todos os órgãos do C.M.S./JF.

I. **Os candidatos** ao cargo, deverão ter o nome referendado por pelo menos 06 (seis) Conselheiros Municipais de Saúde, e deverá ter seu nome inscrito na Secretaria Executiva no mínimo 48 (quarenta e oito) horas antes da eleição.

II. **O Secretário Executivo** somente poderá ser destituído de suas atribuições com prévia aprovação do plenário e discricionariamente o C.M.S./JF poderá pedir a substituição do mesmo.

III. **A Secretaria Executiva** acompanhará e agilizará as publicações das deliberações do plenário, bem como das resoluções a serem homologadas.

IV. **Articular-se** com as comissões para fiel desempenho de suas atividades, em cumprimento das deliberações do C.M.S./JF e promover apoio necessário às mesmas.

V. **A Secretaria Executiva**, subordinada ao plenário do CMS, tem como atribuição:

- a. Propiciar o pleno funcionamento dos Conselhos.
- b. Solicitar informações junto aos poderes legalmente constituídos.
- c. Responsabilizar-se administrativamente pelo funcionamento do Conselho Municipal de Saúde em todos os aspectos.
- d. Representar o CMS sempre que convidado for ou convocado e nos assuntos de interesse dos CMS.
- e. Intermediar e agendar reuniões dos Conselhos com os poderes constituídos em todas as suas instâncias.
- f. Assessorar todos os níveis de Controle Social no SUS.
- g. Assessorar a Gestão Municipal, para o melhor desempenho das políticas de saúde.
- h. Responsabilizar-se pelo patrimônio do CMS, pela guarda de documentos.
- i. Solicitar a entrega dos livros de ata e presença dos CLS/CRS, uma vez por mês na Secretaria Executiva.
- j. Solicitar compras em geral para o CMS.
- k. Proceder de ofício o processo de nomeação e exoneração, quando da indicação, substituição ou aplicação do Disposto no RI dos Conselhos quanto ao Regime Disciplinar.
- l. Validar os processos de compra.
- m. Solicitar carga em processos em geral para subsidiar as discussões em plenário e nas instâncias dos Conselhos.
- n. Participar de reuniões dos CLS/CRS, sempre que convidado for, ou por decisão do plenário, ou de ofício em caso de ocorrência adversas.

VI - **O cargo de Secretário Executivo**, será ocupado preferencialmente por representante do Segmento dos Usuários no CMS. EM CONFORMIDADE COM O ESTATUTO DO SERVIDOR:

VII - **O mandato** para a Secretaria Executiva será de dois anos permitida uma e somente uma recondução, por mais um mandato de dois anos.

DA OUVIDORIA

Art. 40 – A Ouvidoria Municipal de Saúde é órgão destinado à fiscalização e intermediação entre o gestor Municipal de Saúde e:

- I. Os usuários do Sistema Único de Saúde
- II. Os prestadores de serviços, públicos ou privados
- III. Os servidores públicos do setor

Art. 41 - O cargo em comissão de Ouvidor Municipal de Saúde, vinculado ao Conselho Municipal de saúde será ocupado, preferencialmente por um usuário.

Parágrafo Único: O Ouvidor será eleito pelo plenário do C.M.S./JF para um mandato de 02 (dois) anos e nomeado pelo Executivo Municipal, não podendo ser exonerado durante o exercício do mandato, exceto por decisão da maioria dos membros do Conselho que o elegeu.

Art. 42 - Compete à Ouvidoria Municipal de Saúde:

- I. **Receber** denúncias, reclamações e sugestões dos usuários, servidores ou prestadores de serviços, devendo encaminhá-las aos setores competentes da Secretaria Municipal de Saúde, observada a linha hierárquica institucional, a fim de que o órgão próprio, em prazo nunca superior a 07 (sete) dias úteis, elabore a resposta apropriada ao questionamento feito.
- II. **Fornecer** informações sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde;
- III. **Indicar** ao Gestor do Sistema Único de Saúde, aos Conselhos de Ética Profissional, ao Conselho Municipal de Saúde ou ao Ministério Público, sempre que necessário ações, corretivas ou saneadoras de problemas eventualmente verificados e que envolvam prestadores, servidores ou usuários do Sistema.
- IV. **Cadastrar** as demandas e as sugestões recebidas, bem como as ações corretivas eventualmente indicadas, de modo a sistematizar tais dados em relatórios a serem divulgados.
- V. **Propor** ao Gestor do Sistema Único de Saúde a instauração de sindicâncias e processos administrativos.
- VI. **Apresentar** propostas de edição, alteração, revogação ou anulação dos atos administrativos ou normativos, com vistas ao aprimoramento do Sistema Único de Saúde, sugerindo, inclusive, mudanças na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.
- VII. **Elaborar** as normas de seu funcionamento, mediante aprovação pela plenária do Conselho Municipal de Saúde.

CAPÍTULO IX DO REGIME DISCIPLINAR

Art. 43 - Os Conselheiros efetivos e suplentes perderão seus mandatos quando:

- A) **Demissão** do emprego, por renúncia, ou qualquer outra forma de perda de vínculo com a instituição que representa.
- B) **Quando** faltar a três reuniões consecutivas ou a cinco alternadas no período de 01 (um) ano, sem justificativa aceita pelo C.M.S./JF.
- C) **Quando**, ouvido o plenário do C.M.S. e após conclusão de processo sindicante por comissão para este fim constituída no âmbito do C.M.S., concluído for que o Conselheiro, titular ou suplente, tenha incorrido em ato incompatível com a sua condição de Conselheiro Municipal de Saúde e/ou lesiva aos princípios do SUS.
- D) **Cada conselheiro** efetivo e suplente terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da data da reunião em que se verificou sua ausência, para apresentar a justificativa. A justificativa encaminhada será protocolada na Secretaria Executiva do CMS, que fará o controle de presença do conselheiro.
- E) **Será considerado** faltoso o conselheiro efetivo e, quando for o caso, o respectivo suplente, que não comparecer às reuniões do C.M.S./JF, mesmo quando não havendo quorum regimental para realização da reunião.
- F) **Ficam permitidas** somente doze justificativas, durante todo o mandato, excetuando-se aquelas para tratamento de saúde e as de representação do CMS. A Secretaria Executiva comunicará a entidade representada das ausências de seu representante quando este estiver com oito justificativas.
- G) **As ausências** injustificadas do Secretário de Saúde serão comunicadas ao Chefe do Poder Executivo Municipal.
- H) **No âmbito** dos conselhos de Saúde é vedada aos seus membros usarem de tal condição, como forma de promoção pessoal.
- I) **Os conselheiros**, representando o CMS/JF fora do âmbito Municipal, apresentarão relatório para a plenária no prazo máximo de 30 dias após o evento.

Parágrafo Único: O Conselheiro que solicitar afastamento, devidamente justificado, protocolado junto ao CMS e apreciado pela plenária, não será penalizado. Completadas as doze justificativas, o Conselheiro será exonerado. Não cabendo sua recondução em nenhuma condição e nem recursos em grau superior.

CAPÍTULO X DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 44 - Para concorrer aos CRS/CMS e também a qualquer um dos cargos junto a Mesa Diretora dos Conselhos, Secretaria Executiva, Ouvidoria Municipal de Saúde, o interessado deverá ter exercido integralmente, em qualquer tempo, pelo menos um mandato como Conselheiro de Saúde, ainda que suplente. Considerando-se a frequência mínima de 75% (setenta e cinco) às reuniões a cada mandato. Para o cálculo dos 75% de frequência as justificativas não serão consideradas como presença que serão verificadas nos registros de presença dos Conselhos.

Art. 45 - Os ocupantes de cargos comissionados, Assessoria, Chefia, Funções Gratificadas, Supervisão dos Poderes Legislativos, Judiciário e Ministério Público em todas as esferas não podem participar dos Conselhos.

Art. 46 - Os ocupantes de cargos comissionados, Assessoria, Chefia, Funções Gratificadas, Supervisão no Poder Executivo das três esferas de Governo só poderão participar dos Conselhos no Segmento Governamental.

Art. 47 - Não cabe nos Conselhos os Poderes Legislativo, Judiciário e Ministério Público.

Art. 48 - O ingresso de novos Conselheiros após o pleito eleitoral, ressalvando-se a recomposição dos mesmos quando o número de Conselheiros for inferior a 10 (CLS/CRS) se dará com o acompanhamento da MD/Secretaria Executiva.

Art. 49 - Decorrido três meses do pleito eleitoral o CMS via Secretaria Executiva, executará o recadastramento de todos os Conselheiros, após o recadastramento será emitida a Carteira de Identificação de Conselheiro.

Art. 50 - Quaisquer documentos originários dos senhores Conselheiros Municipais de Saúde advindos das Comissões, individuais e outros, deverão ser obrigatoriamente protocolados na Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde para os devidos encaminhamentos.

Art. 51 - Quaisquer documentos originários dos Conselhos Locais e Conselhos Regionais, bem como dos senhores Conselheiros, serão obrigatoriamente protocolados na Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde, que se encarregará de dar os devidos encaminhamentos a todos os órgãos da P.J.F. conforme o solicitado.

Art. 52 - Ficam os senhores Presidentes de Conselhos Locais e Regionais de Saúde, obrigados a apresentarem até o dia 10 (dez) de cada mês, os livros de ata e presença do respectivo Conselho, na Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde, para o devido registro.

Art. 53 - O agendamento de reuniões com a Secretaria de Saúde e os demais órgãos da P.J.F. deverá ser via Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 54 - No descumprimento desta determinação, a Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde, tomará as medidas cabíveis, que regem o serviço público.

Art. 55 - O Poder Público, observará o fiel cumprimento desta determinação, não o fazendo, o Conselho Municipal de Saúde, tomará as medidas legais.

Art. 56 - O processo eleitoral dos Conselhos será regido por Resolução específica, sendo deliberada com um ano de antecedência a data do pleito

Art. 57 - O recadastramento será realizado pelo Presidente do CLS/CRS em reunião, devidamente registrado em ata e registro de presença.

- a. No recadastramento será preenchida na ficha cadastral com dados atualizados.
- b. O Presidente do CLS/CRS, será responsável por cumprir o prazo estipulado para o recadastramento, não cumprido caberá a MD do CMS convocá-lo para os esclarecimentos necessários.
- c. Não ocorrendo o recadastramento os Conselheiros não receberão a Carteira de Conselheiro e nem participarão de eventos referentes aos CLS/CRS/CMS.

Art. 58 - Os Presidentes dos CLS/CRS serão responsáveis por fazer acontecer as reuniões dos conselhos.

Art. 59 - Entende-se por período de um ano, contado a partir da 1ª ocorrência ate atingir a seqüência de três ou cinco alternadas.

Art. 60 - Qualquer dos Conselheiros Locais/Regionais poderá notificar ao CMS a não realização das reuniões.

Art. 61 - O Presidente do CLS/CRS que incorrer no disposto nos artigos do Regime Disciplinar não poderá concorrer ao pleito seguinte nos CLS/CRS/CMS, e não retornará na recomposição do CLS/CRS/CMS no mandato vigente.

Art. 62 - Os Conselheiros Municipais originários das Regiões Sanitárias deverão obrigatoriamente comunicar ao CMS a não realização das reuniões dos CLS/CRS.

Paragrafo Único - O Presidente dos CLS/CRS será notificado pela Secretaria Executiva no prazo de quinze dias corridos sobre a não realização das reuniões para que no mesmo prazo apresente justificativa que será encaminhada a Mesa Diretora para apreciação, emitindo seu parecer conclusivo.

Art. 63 - As convocações dos CLS/CRS serão expedidas via Secretaria Executiva.

Art. 64 - Cada Conselheiro Local e Regional receberá uma cópia do calendário de suas reuniões.

Art. 65 - Os Presidentes de CLS/CRS terão quinze dias corridos para protocolarem na Secretaria Executiva cópia do calendário anual de reuniões.

Art. 66 - O presente Regimento Interno poderá ser alterado parcial ou totalmente através de proposta expressa de qualquer um dos membros do C.M.S./J.F.

Art. 67 - As propostas de alteração total ou parcial deste Regimento Interno deverão ser apreciadas em reunião extraordinária do plenário, convocado por escrito para este fim com antecedência mínima de 30 dias úteis e aprovadas por maioria simples.

Parágrafo Único: A proposta de alteração deverá ser encaminhada por escrito, com antecedência, mínima, de 30 dias úteis da reunião extraordinária.

Art. 68– Fica o Código de Conduta e Ética do C.M.S./JF a ser elaborado no ano de 2013, vinculado a este Regimento.

Art. 69 - Os casos omissos deste Regimento Interno serão resolvidos pelo plenário do C.M.S./JF.

Art. 70 - Os membros do C.M.S./JF exercerão seus mandatos sem receber nenhum tipo de remuneração, devendo ser os mandatos considerados serviço relevante para o Município, excetuando-se os eleitos para os cargos de Secretário Executivo e Ouvidor Municipal de Saúde.

Art. 71 - Os recursos destinados à instalação de consultorias, à convocação dos consultores e à realização de trabalhos de investigação e apresentação destes; bem como, os recursos destinados a quaisquer outras despesas do C.M.S./JF, serão custeadas por rubricas específicas do Fundo Municipal de Saúde.

Art. 72 - A Secretaria de Saúde dará total apoio logístico para o funcionamento e proverá os recursos necessários para a operação e implementação das decisões do C.M.S.

Art. 73 - O processo eleitoral dos Conselhos será regido por resolução específica, sendo deliberada com um ano de antecedência

Art. 74 - Este regimento entra em vigor a partir de 01/10/2012.

JUIZ DE FORA, PLENÁRIO DO CMS EM 26/09/12.
RESOLUÇÃO Nº 370/2012