

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL –
modalidade à distância

José Carlos Bourscheid

A AUTONOMIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TRÊS PASSOS

Três Passos

2015

José Carlos Bourscheid

A AUTONOMIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TRÊS PASSOS

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal- modalidade a distância da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariana Baldi

Três Passos

2015

José Carlos Bourscheid

A AUTONOMIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TRÊS PASSOS

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal – modalidade a distância da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de especialista.

Aprovado em XX de (colocar mês) de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. (colocar nome do professor integrante da banca)

Prof (colocar nome do professor integrante da banca)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a oportunidade de participar do curso de Especialização em Gestão Pública Municipal de maneira gratuita e à distância, curso estratégico para o futuro do país, promovido pelo Ministério da Educação (MEC), pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e desenvolvido pela Universidade Aberta do Brasil (UAB), através da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

À UFRGS, agradeço por, novamente, proporcionar minha qualificação profissional, através da competência de seus professores.

Agradeço ao Polo da UAB de Três Passos pela sua equipe de orientadores, que oportunizaram e desafiaram a investir na minha formação.

Agradeço, de forma especial, às professoras Esther Engelman Machado (tutora) e Mariana Baldi (orientadora), pela dedicação, estímulo e contribuição na conclusão deste trabalho.

Aos membros do Conselho Municipal de Saúde de Três Passos que contribuíram com as informações importantes e exemplos de luta em defesa dos direitos constitucionais na área da saúde.

À minha esposa Cleusa Lucília Charqueiro Bourscheid, cujo apoio e incentivo foram decisivos em todas as etapas deste trabalho, e aos meus filhos Leonardo e Matheus, que acompanharam minha caminhada, meu agradecimento.

Aos meus pais Basílio e Wilma, pela dedicação e amor na minha formação e caráter.

Aos colegas José Carlos do Amaral e Adelaide Hertz, pelas contribuições importantes para a conclusão da pesquisa e demonstração de seriedade no processo de gestão pública, questões fundamentais que me motivaram a realizar o estudo no setor de saúde pública.

RESUMO

O presente estudo busca compreender o nível de autonomia do Conselho Municipal de Saúde do município de Três Passos/RS e sua contribuição para a organização e implementação do Sistema Único de Saúde. De acordo com os estudos de documentos e depoimentos dos conselheiros, foram levantadas informações importantes para entender o processo de articulação e participação popular na implantação de um novo modelo de política pública para a saúde local e a existência de autonomia do conselho. Utilizando-se a metodologia de estudo de caso, na linha qualitativa, foram entrevistados conselheiros que contribuíram na organização do Conselho e seus processos deliberativos. A pesquisa busca entender o processo deliberativo do conselho e tem como objetivo analisar a existência de autonomia externa no exercício de suas competências. Os resultados do referido estudo mostram que houve o envolvimento expressivo da sociedade na construção do Sistema Único de Saúde e hoje, mostra-se fragilizado na renovação de lideranças e participação social. Revela-se um Conselho com agenda pouco propositiva, com mínima autonomia externa em seu processo deliberativo.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Controle Social, Participação Social, Autonomia Externa.

ABSTRACT

The present study aim to understand the level of autonomy of the Municipal Council of Health of Três Passos / RS and its contribution to the organization and implementation of the Single Health System. According to the studies of documents and testimony of counselors, the most important information was raised to understand the process of articulation and popular participation in the implementation of a new model of public policy for the local health and the existence of autonomy of the council. Using the methodology of case-studies, in the qualitative line, were interviewed counselors who contributed to the organization of the Council and its deliberative processes. The research wants to understand the council deliberative process and aims to analyze the existence of external autonomy in the exercise of its powers. The results of this study show that there was significant involvement of society in the construction of the Single Health System and nowadays it shows up in weakened to renewal of leaderships and social participation. It proves to be a Council with a little bit propositional agenda, with minimal external autonomy in its deliberative process.

Key-Words: Single Health System; Municipal Council of Health; Control Social; SocialParticipation; External Autonomy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 REFERENCIAL TEÓRICO	14
1.1 Democracia.....	16
1.2 O Papel da Sociedade Civil.....	18
1.3 Participação e Controle social.....	20
1.4 Conselhos Gestores.....	25
1.4.1 Autonomia.....	27
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	32
3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	36
3.1 Controle Social e Processo Democrático na Implantação do SUS.....	37
3.1.1 Controle Social na Visão do Usuário.....	41
3.1.2 Autonomia na Tomada de Decisão.....	42
3.2 Controle Social e Processo Democrático nos Dias Atuais.....	43
3.2.1 Visão do Usuário.....	43
3.2.2 Visão do Prestador de Serviços.....	50
3.2.3 Visão do Gestor.....	52
3.3 Processo Deliberativo e Autonomia Externa do CMS.....	55
3.3.1 Processo Deliberativo do CMS.....	55
3.3.2 Autonomia Externa do CMS.....	57
CONSIDERAÇÃO FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
APÊNDICES.....	67
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS.....	67
APÊNDICE B – PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	68

INTRODUÇÃO

Cada dia está mais presente na mídia, nas conferências e nos programas de governo o debate em torno da participação social na gestão pública, seja nos âmbitos federal, estadual ou municipal. A implantação de Conselhos Municipais tem como objetivo oportunizar a participação dos cidadãos na definição, fiscalização e controle das políticas públicas. Igualmente, cada programa federal ou estadual exige, antes de sua implantação, uma estrutura legal e efetiva de um conselho que tenha a função de acompanhar a implantação dessas políticas, com a expectativa de que a sociedade assuma seu papel de coparticipante do processo. Assim, cada setor local, seja econômico, cultural ou social, estrutura-se com a participação do poder público e busca articular a sociedade civil para que esta tenha uma participação efetiva no processo de controle social das políticas públicas.

Presenciamos, no Brasil, a partir da Constituição Federal (CF/88), a instituição e a construção gradativa de uma cultura de engajamento, com o envolvimento de entidades e cidadãos comuns, assumindo a responsabilidade de exercerem seus papéis de sujeitos ativos na construção das políticas públicas, principalmente a partir de suas participações nos Conselhos Municipais. Assim tem sido na Saúde, Educação, Agricultura, Assistência Social, Segurança, entre outras áreas. Ademais, inúmeros são os instrumentos apresentados e disponibilizados aos cidadãos e movimentos sociais para que façam deles um poderoso apoio na fiscalização e controle dos gestores públicos na aplicação correta do dinheiro público e, em caso de descobrirem irregularidades, denunciá-las.

É bem verdade que a forma da gestão pública atual é fruto de mudanças profundas ocorridas na estrutura da administração pública brasileira, provocadas em grande parte, pela pressão política dos movimentos sociais, que durante a década de 70 e 80, estiveram à frente das mobilizações, dos debates, e apresentação de propostas de políticas públicas que universalizassem suas ações, principalmente entre a população mais carente e marginalizada. Os avanços de uma proposta mais democrática na gestão pública ficou mais visível na década de 90, com a participação da sociedade na construção e implementação de políticas públicas voltadas às demandas da sociedade, principalmente nos setores da educação, saúde, assistência social e segurança pública.

No Brasil, o conceito de controle social surgiu no seio da sociedade civil, que percebeu que a forma mais democrática e efetiva de ser atendida em suas necessidades era intervir diretamente nos atos decisórios, principalmente no campo da saúde (LABRA, 2006).

O controle social é uma ação importante da população sobre as ações dos gestores públicos e cada cidadão pode vivenciar o processo de participação de forma organizada. Ao praticar o controle social, os cidadãos podem interferir no processo de planejamento, na execução e na avaliação das políticas públicas do município. Em todas as áreas da gestão pública, os princípios do controle social estão assegurados como direitos do cidadão. Para auxiliar a sociedade no exercício do controle social, foram criadas ferramentas de participação, como os conselhos municipais, audiências públicas e as conferências municipais entre as mais importantes.

O controle social é um dos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido na CF/88. É um instrumento importante para a gestão da saúde no país. Embora não seja a única forma de garantir a participação da comunidade na área da saúde, o conselho de saúde desempenha um papel importantíssimo no controle social.

Passados mais de vinte anos da promulgação da CF/88, percebemos avanços significativos na vida política do país, em especial na forma de gestão pública, mais comprometida e transparente, e a presença da participação popular junto aos inúmeros conselhos criados nos municípios, com a função de discutir os rumos das políticas públicas, desde a sua implementação ao controle social, fundamentais para a garantia de sua eficiência, tanto na aplicação correta dos recursos públicos, como nos resultados obtidos. Via de regra, os espaços em que tais debates acontecem são os fóruns de discussão, os Conselhos, as Audiências Públicas, as Conferências e Câmaras de Vereadores. Desse modo, a cidadania que toma corpo e assume definitivamente o papel de ser sujeito de sua própria história.

Embora Avritzer (*apud* CLACINO, 2010, p. 01) destaque que a participação da sociedade é um desafio, segundo ele, “a nossa sociedade possui um perfil de baixa propensão participativa”, percebe-se que está ocorrendo um processo de maior envolvimento do cidadão nas instâncias dos Conselhos Gestores, muito em função das mudanças legislativas ocorridas

a partir de 1990 e 2000, com a aprovação do Estatuto da Cidade (SAULE, 2005; BRASIL 2004).

Para atender as demandas da sociedade no exercício do controle social, o Estado tem procurado criar leis importantes para que os cidadãos possam expressar suas ideias, dúvidas, angústias e suas cobranças. Entre as instâncias democráticas mais importantes legitimadas e regulamentadas pelo Estado estão os conselhos e as conferências. Porém, não basta apenas a instituição formalística dessas instâncias, pois o processo democrático exige a participação das pessoas, da população, da sociedade. Ela deve estar presente, discutindo, decidindo e fiscalizando, é o que chamamos de controle social.

Este processo construtivo depende de inúmeras variáveis, tanto de parte do gestor público, como da parte da sociedade. Um dos limites por parte do conselho é garantir sua autonomia nas decisões políticas. Esta postura autônoma é de fundamental importância para avançar no processo democrático e construir novas bases de entendimento e de ações que possam melhorar as relações entre o Estado e a sociedade.

Outro limite é em relação ao gestor público, ou seja, sua capacidade de aceitar a participação da sociedade no processo da gestão pública. Muitas iniciativas tiveram sucesso e continuam sendo referência para muitos gestores, principalmente nos modelos de participação direta da sociedade na definição das políticas públicas.

As pessoas não participam, porque a participação é um processo que exige envolvimento, é permanente, exige informação, formação, capacidade de dialogar, articulação entre as pessoas e tempo para participar de reuniões, encontros, etc.

A presente pesquisa foi desenvolvida no Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município de Três Passos-RS. Situada na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, é cidade polo da região e conta com 23.973 habitantes, sendo sua população urbana de 19.254, segundo dados do Censo 2010 do IBGE.

É uma cidade que possui boa qualidade de vida, tem uma infraestrutura adequada para a realidade do município, principalmente nas áreas da saúde e da educação, sendo uma

referência na região. De acordo com a Revista Brasileira de Saúde da Família (2012, p.20), o município possui oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) totalmente equipadas, contribuindo para uma cobertura de 100%, com equipes de profissionais para atendimento da população.

Na década de 80, a participação popular foi importante para a construção de uma nova visão sobre a saúde pública e definição de políticas que melhorassem o acesso da população a serviços públicos de melhor qualidade. Naquele período, lideranças locais, mobilizaram-se com os setores da educação e agricultura, para que pudessem participar da definição dos rumos das políticas públicas do município.

A história da construção do CMS no município registra um passado de luta e mobilizações populares, tanto do campo, quanto na cidade. O resultado dessa articulação social possibilitou a organização do futuro CMS e o surgimento de lideranças atuantes neste importante espaço de participação social. Como publicado pela Revista Brasileira de Saúde da Família, (2012, p. 18) no início da década de 80, as pastorais da Igreja Católica mobilizavam as comunidades, com o apoio dos movimentos sociais, para discutir e fortalecer os debates sobre saúde pública nos municípios.

É importante destacar que a democratização dos espaços institucionais, que garantem a participação popular, a representatividade e o efetivo controle social, aqui representada pelo CMS, é um avanço político imensurável. Outra questão importante a considerar são as funções do Estado. Para atender as demandas da sociedade, ampliou suas estruturas, com novos espaços, mais técnicos e mais investimentos, o que exigiu novos arranjos administrativos. Com o aumento do tamanho do Estado, a sociedade também procurou adequar suas organizações. É necessário compreender que as estruturas dos conselhos dependem dos fatores de ordem social, cultural, política e econômica e que tem grande influência no seu desenho institucional.

Um dos fatores que interferem sobre a estruturação dos conselhos é sua autonomia. Muitas decisões tomadas no passado fizeram avançar a participação popular na definição das políticas para a saúde pública local, inclusive o entendimento dos gestores. As decisões dos conselheiros exigem conhecimento, informação, diálogo e capacidade de negociação, porém, muitas vezes, geram conflitos de interesse. Para tomar certas decisões, é provável que o

conselho contrarie os interesses do gestor público. Esta postura autônoma é fundamental para garantir sua credibilidade e a legitimidade do processo democrático.

A legislação do Conselho Nacional da Saúde (CNS), através da Resolução 333, é muito clara em relação à autonomia dos conselhos. Stralen (2006, p. 622) lembra que ela “Determina que os governos deverão garantir a autonomia dos conselhos, inclusive através de dotação orçamentária própria, e recomenda a articulação com outras entidades”.

Em relação à autonomia, estudos apontam dificuldades de ordem estrutural dos conselhos de saúde no país. Segundo Moreira e Escorel (2009, p. 801), a categoria autonomia, “é a que apresenta, em termos nacionais, os piores resultados, uma vez que, com exceção da variável “linha telefônica”, em todos os demais, verifica-se desempenho negativo”.

Para os autores, a categoria autonomia, pode ser analisada tanto do ponto de vista interno, quanto externo. A categoria autonomia interna está voltada à inserção dentro da estrutura do próprio conselho, como, por exemplo, a existência de estrutura física (sede própria) e seu funcionamento (periodicidade de reuniões). Já, a categoria autonomia externa está ligada a sua natureza deliberativa e como o conselho se insere na burocracia do Estado.

É possível perceber os avanços na implementação dos CMS e sua importância na participação da sociedade na estrutura do Estado. Porém, são perceptíveis as dificuldades enfrentadas pelos CMS. Segundo Ribeiro (2008, p. 108), além de revelar “certo comprometimento do exercício da autonomia organizacional interna” em função das dificuldades em relação “a estrutura física e aos mecanismos institucionais”, conclui que existem “indícios de fraco exercício do caráter deliberativo, uma vez que as medidas formuladoras e reguladoras não estariam entre as principais agendas dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas de Saúde - CGPPS”.

A partir das experiências, ao longo das duas décadas de existência, a presente pesquisa pretendeu responder ao seguinte questionamento: *o Conselho Municipal de Saúde de Três Passos possui autonomia externa?*

O resultado deste trabalho poderá ser importante para os gestores municipais e a sociedade civil, em especial para a participação da sociedade na construção de políticas

públicas, para que se possam garantir os direitos constitucionais e melhorias na qualidade de vida das pessoas.

A pesquisa teve, como objetivo geral, analisar a existência de autonomia externa no exercício de suas competências. Dentre os objetivos específicos, buscou-se atingir os seguintes: a) analisar a relação existente entre os conselheiros e o gestor e sua interferência no processo decisório do CMS; b) avaliar a compreensão dos conselheiros a respeito da autonomia externa; c) analisar o caráter das agendas do Conselho;

É neste contexto que se buscou desenvolver o trabalho e estudar o funcionamento do CMS. Para aprofundar e auxiliar a análise, estruturou-se o trabalho a partir da fundamentação teórica dos conceitos de participação popular, controle social e autonomia.

A presente pesquisa está organizada em três capítulos. No Capítulo 1, reservado ao estudo do referencial teórico, o enfoque são os conceitos de democracia, sociedade civil, participação social, controle social, conselhos gestores e a autonomia do CMS de Três Passos. No Capítulo 2, apresentam-se procedimentos metodológicos, com destaque para o método escolhido e tipo de pesquisa, bem como os instrumentos utilizados para a coleta de dados, sua aplicação e a análise dos dados. No Capítulo 3, reservado para a apresentação e análise dos resultados, procurou-se contextualizar o estudo antes da constituição do CMS e seu processo de formação.

Nas considerações finais, expõem-se as conclusões do pesquisador, bem como sugestões para futuras agendas do CMS, com vistas a fortalecer sua autonomia externa e estabelecer novas relações com o gestor público.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, serão abordados os conceitos de participação e controle social, sociedade civil, conselho gestor e autonomia, diretamente envolvidos no processo de organização, participação e tomada de decisões do CMS, objeto de pesquisa do presente trabalho.

Após o fim do período ditatorial no Brasil, a Gestão Pública passou por um processo de revisão conceitual e gerencial. Por pressões dos movimentos sociais e de alguns setores da sociedade civil, o debate sobre a administração pública, sua função e relação com a sociedade evidenciou novas propostas e modelos de gestão, principalmente, no que se refere à participação cidadã no controle e definição das políticas públicas. A sociedade não estava mais disposta a continuar excluída do processo político em função da falta de transparência, distribuição orçamentária, carência dos serviços públicos, má aplicação dos recursos públicos, tanto em obras, como na má distribuição de projetos e programas estratégicos, para atender as necessidades da população.

A indignação da sociedade com a política e com a forma da gestão pública contribuiu para uma nova consciência política no país. A pressão social possibilitou momentos marcantes no cenário político brasileiro: greves, passeatas, invasões, bloqueios, campanhas de moralização da política, que foram instrumentos políticos utilizados pela sociedade pós-regime ditatorial. Tantas formas de mobilização social provocaram mudanças estruturais, que culminaram com a abertura de espaços de participação social no processo de gestão pública. A consciência coletiva veio a fortalecer o processo democrático, a partir de novos mecanismos de controle do Estado, com instrumentos de aproximação do cidadão do processo administrativo público.

A visão de um Estado burocrático, imóvel, sem foco, mal gerenciado, sem compromisso com a sociedade, foi, aos poucos, dando lugar aos conceitos estabelecidos pela CF/88, que primou por uma Gestão Pública eficiente, eficaz e resolutiva, com foco no atendimento das necessidades básicas da população e aliado à visão de que deve ser fiscalizado, monitorado, transparente e, acima de tudo, ter o compromisso de elaborar e implementar políticas públicas junto com a sociedade.

Nem todos compreendem as mudanças que, lentamente, estão acontecendo no meio político e administrativo. Muitos se posicionam contrários aos avanços da política, culpando os políticos como malfeitores sociais que buscam apenas benefícios próprios, causando um descrédito total em relação ao processo democrático. Esta postura aumenta o imobilismo social, o descomprometimento com o coletivo, permitindo que ainda existam espaços para políticos e gestores que buscam autopromoção e benefícios econômicos para si e para grupos que o representam.

O sentimento do cidadão é ter seus direitos respeitados, em especial, o de frequentar boas escolas, ser bem atendido nos postos de saúde e hospitais, gozar de maior segurança no trânsito e no seu bairro, ter acesso a uma moradia e ampliar as oportunidades de trabalho, ou seja, ter melhores condições de vida, em seu município ou estado. Este desejo poderá tornar-se realidade, com o envolvimento da sociedade civil organizada na construção de políticas públicas e no controle das ações do Estado. Os resultados positivos dos desejos individuais e coletivos só serão viabilizados com uma ampla mobilização social e participação de todos na construção das políticas públicas, tanto no município, estado ou da União.

Mesmo após vinte e sete anos da promulgação da CF/88, os avanços políticos, econômicos e sociais são incipientes, frente aos desafios que o país tem para constituir uma nação forte e próspera. A forma clientelista e paternalista de administrar o poder público e a falta de comprometimento da sociedade com a coisa pública tem sido empecilhos políticos para acelerar os avanços. Esta realidade nos faz pensar que temos um longo caminho a seguir rumo a uma sociedade capaz de resolver seus próprios problemas, com recursos suficientes e resultados concretos em todas as áreas.

A má distribuição das riquezas, aliada a investimentos privilegiados, em algumas regiões, fizeram com que, ao longo de décadas, surgisse um mapa desigual entre as regiões do país. A ausência da participação da sociedade nos rumos do país foi um dos elementos que acentuou as disparidades entre os estados brasileiros.

Mesmo com estes elementos, que reforçam a situação atual do país, percebem-se os avanços nas duas últimas décadas. As contradições dos avanços, com as dificuldades ainda presentes, têm motivado parcela da população a sair para as ruas e cobrar mudanças. A

participação das mulheres, dos jovens, das minorias sociais, cada vez mais, vem conquistando espaços privilegiados e provocado mudanças estruturais importantes na sociedade brasileira.

Compreender a evolução política, social e econômico do país exige formação, estudo e muito debate. O cidadão que participa da vida política, necessariamente, precisa entender o processo de organização social e o sistema de governo brasileiro. Para compreender melhor esta questão, o próximo ponto do texto vai abordar o significado do conceito de Democracia e sua importância para a consolidação das relações sociais e políticas entre os cidadãos brasileiros.

1.1 Democracia

Vivemos uma época marcada por mudanças de paradigmas em todas as áreas do conhecimento. Mudanças científicas, tecnológicas e filosóficas têm afetado o comportamento humano, tanto na sua rotina de vida, como no trabalho. Avanços tecnológicos têm permitido aproximar as pessoas e os povos, através da informação e da comunicação, transformando numa grande rede globalizada. A globalização, como está sendo chamado este período atual, é uma ideia que identifica a interligação de todos os setores econômicos e sociais representados por todos os países do planeta.

Mesmo com as mudanças políticas e econômicas, a humanidade continua a enfrentar grandes desafios, principalmente os de ordem social. Novos atores surgem no cenário político, novos grupos sociais e novas propostas de enfrentamento aos grandes problemas da sociedade. Conhecer e reconhecer as contradições da humanidade é importante, também, para compreender democracia. A democracia nada mais é que um processo de disputa entre ideias, princípios e valores políticos, sociais e culturais onde o pensamento da maioria deve ser respeitado.

Os debates em torno da complexidade do Estado moderno, na segunda metade do século XX, e a inevitabilidade da burocracia foram crescendo com as novas funções ligadas ao bem-estar social. Para Bobbio, (apud Santos e Avritzer, 2002, p. 47) “à medida que as sociedades passaram de uma economia familiar para uma economia de mercado, de uma

economia de mercado para uma economia protegida, regulada e planejada, aumentaram os problemas políticos que requerem competência técnica”.

Esta dificuldade de compreender a complexidade de uma gestão pública colocava em discussão a questão democrática participativa e representativa. Apesar da importância e existência dos governos representativos, Tenório (2007, p. 111) destaca que “a democracia representativa proporcionam níveis baixos de prestação de contas pelos governos e de influência popular no processo de tomada de decisão”.

Esta visão da autorização via representação facilita o exercício da democracia em escala ampliada, porém, não garante os atos de prestação de contas e a representação de múltiplas identidades. É possível perceber que, ao final da guerra fria e o processo de globalização, a teoria hegemônica da democracia ainda debate questões não resolvidas entre democracia representativa e democracia participativa.

É a partir dos anos 80 que, na América Latina, através da redemocratização dos países do sul, que inicia um novo processo de participação social, com a inclusão de novos atores sociais, com diferentes arranjos de interesses políticos e culturais. Segundo Santos e Avritzer (2002, p.55), “A reinvenção da democracia participativa nos países do Sul está intimamente ligada aos recentes processos de democratização pelos quais passaram esses países”. Ao fazer um estudo com diferentes experiências de emancipação social, tendo a participação dos atores sociais, conclui que:

... apesar das muitas diferenças entre os vários processos políticos analisados, há algo que os une um traço comum que remete à teoria contra-hegemônica da democracia: os atores que implantaram as experiências de democracia participativa colocaram em questão uma identidade que lhes fora atribuída externamente por um Estado colonial ou por um Estado autoritário e discriminador (SANTOS, AVRITZER, 2002, p. 57).

A democracia representativa, por si só, não atende mais as exigências de governo com participação na tomada de decisões. Este modelo, segundo Hirst (*apud* Tenório, 2007, p.111), tem “funcionado predominantemente como um meio de legitimação do poder governamental, e não como meio de obrigar efetivamente o governo a prestar contas e se abrir à influência da população”

Na defesa de uma articulação entre a democracia representativa e da democracia participativa, Santos (2002) destaca a influência da democracia participativa. Segundo ele,

a democracia participativa, tem assumido nova dinâmica, protagonizada por comunidades e grupos sociais subalternos em luta contra a exclusão social e a trivialização da cidadania, mobilizados pela aspiração de contratos sociais mais inclusivos e de democracia de mais alta intensidade (SANTOS, 2002, p. 32)

O que se pretende com esse modelo é associar, ao processo de fortalecimento da democracia local, formas de renovação cultural ligadas a uma nova institucionalidade política, que recoloca na pauta democrática as questões da pluralidade cultural e da necessidade da inclusão social. Esses potenciais, para serem realizados, precisam estar em relação com uma sociedade que aceite renegociar as regras da sua sociabilidade, acreditando que a grandeza social reside na capacidade de inventar e não de imitar.

Em seguida, será abordado um conceito muito importante na compreensão do processo da participação democrática e o entendimento da cidadania. O termo sociedade civil está presente em todos os processos que envolvem os debates em torno da democracia participativa, como um elemento chave na garantia dos direitos humanos universais por parte da sociedade.

1.2 O Papel da Sociedade Civil

É preciso debater os conceitos que envolvem os atores sociais no processo político local. Buscando entender o jogo político, percebe-se o envolvimento de figuras que estão presentes nas relações de poder, as instituições públicas e privadas.

Foi a partir da organização da sociedade, mais especificamente, grupos sociais com identidade e proposta de defesa de seus interesses, constituíram-se as instituições de caráter não econômico nem estatal. Estes grupos, conhecidos como movimentos sociais, formaram-se a partir de uma cultura específica, que dá identidade a este grupo e que, de forma associativa,

constitui uma instituição capaz de defender os interesses do grupo e interferir no processo político municipal, estadual e federal. Estes grupos se fortalecem, na medida em que explicitam suas propostas e ideias, as defendem em espaços públicos (associações, sindicatos, organizações não governamentais, etc.) e têm, em suas ações, garantia da legitimidade de seus interesses.

A partir das novas relações estabelecidas na sociedade brasileira, no contexto da globalização, novas relações se formam entre os segmentos da sociedade: Estado, mercado e sociedade civil. Neste novo entendimento, o papel da sociedade civil passa a ser importante como articulador, não mais como alvo ou cliente. As relações de poder, dentro do novo tripé social, ficam divididas. O Estado exerce o poder político, o mercado o poder econômico e a sociedade civil o poder social.

Para Tenório (2007, p. 44), o bem-estar da sociedade depende do envolvimento de todos os cidadãos, e, segundo ele, cidadão “é aquele que entende que o bem-estar da sua comunidade política, do seu município, do seu local, enfim do seu território, depende da responsabilidade coletiva”.

Com a CF/88, conhecida como a Constituição Cidadã, os direitos políticos adquiriram grande força. Segundo Cabral (*apud* Tenório 2007, p. 51), “a Carta Constitucional de 1988 introduziu quatro instrumentos de participação popular aplicáveis aos municípios, três deles extensivos também às outras esferas do governo”.

Uma nova visão passa a estar presente nas relações entre a sociedade civil e o Estado, o da participação popular. Comungando desse novo entendimento, autores valorizam a participação social do cidadão no processo de construção da cidadania. A prática do diálogo entre a sociedade civil, o mercado e o Estado só é possível com a participação de todos os envolvidos.

1.3 Participação e Controle Social

A formação do povo brasileiro tem uma história recente, quando comparada com a organização social dos povos europeus e asiáticos. São pouco mais de 500 anos, que permitiram a construção de uma cultura miscigenada pelos costumes, língua e visões de mundo. Neste período, os contrastes, conflitos e diversidades, fizeram parte da formação da personalidade do povo brasileiro. A história da participação popular se deu em diferentes momentos da vida política e social do país. De norte a sul, esteve presente a figura do povo nas ruas, que, através dos movimentos sociais, tiveram uma participação direta na construção dos rumos do Brasil.

Um dos elementos que contribuiu para a formação cultural da sociedade brasileira foi a organização e luta dos movimentos sociais em busca dos seus direitos, rejeitando as condições impostas pelos mandatários. Porém, foram poucos os momentos da história brasileira, em que a população teve a oportunidade de ser protagonista da sua caminhada na definição dos rumos. A elite política e econômica sempre esteve à frente, na definição dos caminhos que o país deveria traçar, desconsiderando totalmente a participação da população no debate e orientação das ações futuras. Passando por ditaduras, desmandos, desinformação, controle, isolamento e exílio, os governos impuseram sempre uma ação contrária aos interesses do povo para participar do processo político do país.

Desde o início do regime militar, com o golpe militar de 31 de março de 1964, até o seu final na década de 80, o país vivenciou a ausência de vida democrática, principalmente no que diz respeito à eleição dos seus representantes políticos por parte da sociedade. Neste período, as manifestações populares eram impedidas pela força militar e ordens de perseguições políticas eram uma constante entre as lideranças comunitárias e sindicais. Cassações e exílios faziam parte dos atos políticos do governo. Todas as iniciativas populares eram vistas como subversivas e deveriam ser barradas com forte aparato militar, tudo em nome da ordem e do progresso.

Após longo período de ditadura militar, o país reviveu o processo político democrático com a instalação da Assembleia Constituinte, que culminou com a CF/88. A partir deste marco legal, o país iniciou uma nova fase de organização jurídica e social.

Estabeleceu-se uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil, através da construção de novas bases políticas e sociais.

Após a redemocratização do país, no final dos anos 80, a reorganização social, através dos movimentos populares, começou a consolidar-se em todas as regiões, iniciando pelas capitais e dirigindo-se para o interior dos estados. Lideranças e grupos sociais resolvem sair da clandestinidade, iniciando uma nova perspectiva política, com engajamento social e político.

A partir de 1988, estados e municípios iniciaram mudanças em suas legislações, com vistas a se tornarem mais próximos da sociedade. Este novo arranjo institucional buscou estabelecer compromissos entre o poder público e a sociedade civil organizada. Com esta nova dinâmica, com ênfase no diálogo institucional, foram estabelecidas novas relações entre o Estado e os grupos organizados representativos da sociedade. Os municípios assumiram novas funções de compromisso com a população, na prestação de serviços sociais, em especial a educação, segurança e saúde.

A redemocratização exigiu uma nova postura e compreensão do papel do setor público, que, aos poucos, redimensionou suas estruturas administrativas para atender as necessidades do cidadão. Uma nova concepção de gestão passou a orientar a implantação de políticas públicas, integrando as ações dos governos federais, estaduais e os municípios. Um novo modelo de gestão administrativa, com visão descentralizada, compartilhada e com a participação da sociedade, começou a ser construída no âmbito dos debates políticos.

Além do entendimento da importância da participação da sociedade no processo de gestão pública, outro conceito tem ampliado este entendimento. A participação da sociedade passou também a ser vista como instrumento de boa governança. Se a democracia não existe sem a presença do povo em todo o seu processo de forma ativa, entende-se que o aperfeiçoamento da democracia depende muito da participação dos indivíduos. Por falta de um processo educativo e da vivência da participação, a sociedade viveu de forma conflituosa os primeiros momentos da abertura política. Inclusive, os próprios conceitos de participação ainda não estavam muito claros.

A participação passou a ter um caráter importante no processo democrático. De acordo com Valla (*apud* Presoto; Westphal, 2005, p. 70) participação “é o instrumento de governo mais adequado para construir um regime democrático”. Nesta mesma interpretação, Presoto e Westphal, (2005, p. 70) afirmam que “A essência da participação reside na possibilidade dos usuários opinarem e participarem efetivamente na implantação e gestão dos serviços públicos dos quais são beneficiados”.

No momento em que defender a ideia da participação popular no processo de gestão pública implica em democratizar a Administração, muitos gestores adotam e utilizam a expressão sem que, na prática, exista o envolvimento efetivo da sociedade.

A participação, resultante de processos de luta dos movimentos sociais, consolida-se e legitima a atuação dos cidadãos nos espaços conquistados. Quando a participação é vista como uma dádiva, sem que os segmentos da sociedade civil se apropriem para legitimá-la, facilmente a participação pode ser retirada ou suprimida. Além disso, a participação, para garantir legitimidade, deve ser voluntária. As pessoas precisam entender o seu envolvimento nos processos de organização coletiva, para buscar soluções dos seus problemas como um direito de sua cidadania. Por isso, há necessidade de um processo educativo permanente. Além disso, a mobilização ocorre e se mantém, quando aparecem resultados efetivos traduzidos em mudanças na realidade, decorrentes do envolvimento no processo.

Seguindo esta mesma concepção, estudiosos afirmam que a participação constitui um fator fundamental de *empoderamento* da comunidade, em função do fortalecimento da organização social e comunitária e aquisição de novos conhecimentos e habilidades organizacionais por parte dos membros da comunidade e principalmente das lideranças locais.

Para Bernardo Kliksberg, participação,

transforma seus próprios atores, *empodera* os grupos desfavorecidos, faz crescer a confiança em suas próprias capacidades e contribui para a sua articulação, constituindo elementos que, em sua totalidade, colocam esses grupos em melhor situação para lutar por seus direitos e influir de modo efetivo no meio em que vivem (KLIKSBERG, 2005, p. 79)

É importante ter claro que, no campo político e social, existem diversos atores sociais com interesses distintos, mas cada um com suas capacidades e habilidades, dispostos a trabalhar para o bem comum. Nesta visão, é necessário que, nas relações comunitárias e com o Estado, seja possível uma aliança entre as forças políticas locais para superar os grandes problemas sociais e inserir, definitivamente, as comunidades desfavorecidas neste processo.

Esta não é uma tarefa fácil, em função das contradições sociais que estão presentes na sociedade. Cabe aqui deixar, como uma proposta a ser seguida, que todos têm um papel a desempenhar no processo de construção de uma sociedade igualitária em todas as suas dimensões. Para que este entendimento se viabilize na prática, é necessário um trabalho permanente de educação solidária, visando desenvolver uma consciência pública acerca das vantagens da participação cidadã no desenvolvimento local. Para isso, é necessário ampliar os meios de difusão e comunicação, para potencializar ideias e práticas de experiências bem sucedidas no campo do trabalho comunitário.

A partir da CF/88, iniciou-se a elaboração de um conjunto de leis que garantem e estimulam a participação social. O Brasil implantou uma nova cultura política que viria a estabelecer uma nova consciência social e política. A redemocratização deixou para trás um passado de vinte e um anos de repressão e censura política. Em 05 de outubro de 1988, nasceu a Constituição Cidadã, a qual inovou com sua visão social, por integrar direitos sociais e coletivos.

Dentre as leis que buscam orientar o cidadão a participar como ator social na defesa dos seus direitos, está a Lei nº 7.347/85, que dispõe sobre a Ação Civil Pública, envolvendo todos os atos de responsabilidade que possam causar danos ao meio ambiente, aos bens e direitos de valor histórico, turístico e ao consumidor. Enfim, com a nova Carta Magna, iniciou-se um processo de criação de instrumentos de fortalecimento da participação da sociedade em todas as áreas de atuação do Estado.

Atualmente, existem inúmeros exemplos de leis que estão garantindo o envolvimento da sociedade com papel fiscalizador, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Código de Defesa do Consumidor, a Lei de Defesa do Meio Ambiente e o Estatuto do Idoso. A ação do cidadão como agente fiscalizador tem apoio do Ministério Público e do Tribunal de Contas do Estado e da União.

Ao analisar as potencialidades da participação no Brasil, é na CF/88 que se abre espaço para a prática da democracia participativa, onde se manifestam mais claramente iniciativas da democracia participativa com a influência dos novos atores sociais.

Alguns autores, como Santos e Avritzer, mostram que, no caso brasileiro:

A motivação pela participação é parte de uma herança comum do processo de democratização que levou atores sociais democráticos, especialmente aqueles oriundos do movimento comunitário a disputarem o significado do termo participação (SANTOS, AVRITZER, 2002, p. 65).

Se a participação popular é um processo em construção, em função dos movimentos sociais e da formação da cidadania, por outro lado, é uma nova visão de gestão do poder público, que também está em processo de mudanças. É fundamental que o tempo e a vivência da relação da sociedade com o Estado se encarreguem de amadurecer e evoluir para a consolidação da democracia no país. Para isso, é necessário que haja uma mudança da matriz cultural, por meio de um processo educacional gradual, o qual possibilite a renovação da institucionalidade democrática e que possa gerar, de fato, o desenvolvimento a partir dessa relação e interação.

A consolidação da democracia perpassa também o exercício de controle social. Controlar passa a ser um ato de empoderamento individual e coletivo de um grupo de pessoas, que se articulam em torno de objetivos comuns. Em se tratando do conceito de controle social, o entendimento passa a ter um enfoque mais político, com ação da sociedade em relação ao Estado. Peruzzotti (*apud* Clacino 2010, P. 8) afirma “que o espaço público de muitas das novas democracias está sendo gradualmente ocupado por uma nova geração de associações civis, ONGs, movimentos sociais e organizações da mídia”.

A forma de intervenção da sociedade na aplicação de políticas públicas, desde sua elaboração, monitoramento e sua execução através de instrumentos e processos democráticos, é denominado de controle social. A participação social organizada tem um papel fundamental no fortalecimento das relações sociais. Exercendo o controle social, a sociedade força o

Estado a tornar a gestão mais transparente, impedindo desvios e eventuais progressos indesejáveis, e permite ações corretivas a tempo.

1.4 Conselhos Gestores

Os Conselhos Gestores são meios públicos de deliberação, criados para viabilizar a gestão descentralizada e participativa de políticas públicas. São reconhecidos como fóruns especiais, dotados de legitimidade social e poder, em função das suas atribuições, da representatividade e inserção municipal. Segundo Clacino (2010, P. 9), “Os conselhos gestores, políticos e comunitários são, a partir da Lei Magna de 1988, os novos mediadores entre Estado e sociedade civil”. Afirma, ainda, que “são instâncias de exercício da cidadania, que abrem espaço para a participação popular da gestão pública”. Seus membros têm a atribuição de deliberar sobre políticas públicas, transformando orçamentos em bens e serviços comunitários. Têm, também, função de regular os atos governamentais, viabilizando o controle social qualitativo e pró-ativo.

A criação dos conselhos seguiu orientação da legislação federal. Por exemplo, os CMS, em sua maioria, foram criados a partir de 1991, quando foi editada a Norma Operacional Básica (NOB) 01/91, que regulamenta a transferência de recursos federais para os municípios. Para o bom funcionamento dos conselhos, é necessário que haja simetria de forças em seu interior, pois o caráter democrático de sua gestão é deliberativo. É necessário que haja a garantia da transparência de seus atos, legitimidade da representação e imperatividade de mandatos.

O SUS é fruto da organização da sociedade brasileira, em especial da luta dos movimentos sociais, profissionais de saúde, intelectuais, partidos políticos identificados com a causa popular e gestores públicos comprometidos com um novo modelo de saúde pública para o país. Esta mobilização social garantiu, tanto na CF/88, quanto na Lei 8142 de 1990, a participação social como um dos princípios do SUS. O seu Art. 198 se refere às ações e serviços públicos de saúde, de forma a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Em seu Art. 1º, a Lei 8142 de 1990 define que cada esfera de governo contará com as instâncias colegiadas, como a Conferência de Saúde e CMS. Cabe à Conferência de Saúde avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política nos municípios, estados e União. Diz a lei que está em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder, legalmente constituído em cada esfera do governo.

A Resolução nº 333 de 2003, do CNS, estabelece as diretrizes para sua criação, reformulação, estruturação e funcionamento, bem como sua composição. As entidades de usuários representam 50% dos membros do conselho, as entidades dos trabalhadores de saúde 25% e governo e prestadores de serviços privados conveniados, também 25%.

Entretanto, os Conselhos Gestores podem se transformar em órgãos cartoriais, que, apenas, referendam decisões públicas e viabilizam o repasse de verbas ou estruturas meramente formais, sem inserção social, vigor argumentativo, acesso aos poderes instituídos ou planos de ação. Podem, também, se transformar em instrumentos de legitimação das ações governamentais, quando não existe capacidade de elaboração e fiscalização das políticas públicas. São riscos que podem aflorar, em função da centralização de recursos, porque, na cultura política brasileira, ainda são fortes o patrimonialismo e o clientelismo, e participação e associativismo não fazem parte da formação do cidadão.

Por outro lado, os Conselhos Gestores enfrentam alguns entraves que são inerentes à postura dos gestores públicos que não respeitam as instâncias de controle social e, muitas vezes, controlam os conselhos, através da indicação dos seus membros. Outras atitudes são manifestadas pelos conselheiros, quando o gestor não cumpre o que é deliberado. Também, há entraves quando os conselheiros não cumprem seu papel, não representam o coletivo e a sociedade, não participam do debate e não informam o grupo que representam.

Para se ter uma ideia mais efetiva em relação ao processo de tomada de decisão por parte dos membros do conselho, é importante compreender o processo de deliberação. Segundo Avritzer (*apud* Clacino, 2010, p. 5) este processo,

possibilita conhecer, de modo mais aprofundado, a forma como a deliberação ocorre: quem participa do processo, o modo de inserção dos diferentes sujeitos, os temas sobre os quais deliberam, dentre outros muitos aspectos, que podem demonstrar o conteúdo e o alcance da deliberação (AVRITZER, 2010).

1.4.1 Autonomia

O vocábulo *autonomia* deriva do grego: *Autos*= próprio; *Nomos*= norma, regra, lei. Significa autodeterminação, autogoverno: a própria pessoa toma suas próprias decisões. Pressupõe que a pessoa deve ser livre de coações (internas ou externas) para que possa escolher a alternativa que melhor lhe convém; devem existir alternativas diferentes para que ela possa realizar a escolha livremente e que a pessoa tenha capacidade para agir segundo a escolha que fez. Na Sociologia, *autonomia* significa a potência de um grupo, particularmente de um grupo político, de organizar e administrar a si mesmo. Essa potência pode ser absoluta ou limitada. Se for absoluta, chama-se geralmente soberania.

Na questão da autonomia dos conselhos de políticas públicas, é fundamental garantir a independência e autonomia administrativa e financeira, para se manifestarem sobre os projetos, programas e os serviços prestados em saúde pública no município.

Outro ponto é em relação à vinculação direta dos conselhos com o gestor público, em função da legislação. Os conselhos estão subordinados, por decreto ou lei de criação, à Secretaria Municipal de Saúde, e, na maioria dos casos, dependem do apoio financeiro do gestor para suas reuniões, suas ações de mobilização e articulação, uso de espaço e meios de comunicação.

Esta situação, quando não está devidamente clara, pode fazer com que os conselheiros tenham dificuldades de adotar posturas de manifestação negativa sobre alguma política pública, correndo o sério risco de serem "boicotados". De outra forma, existe o risco de tornar-se "tão íntimo" da gestão pública, que os conselheiros podem adotar uma postura

“facilitadora” para criar normas e resoluções, aprovar projetos, relatórios, impedindo a renovação do conselho e a participação de outros segmentos da sociedade.

A Resolução nº 333, do CNS, deixa muito clara as competências dos conselhos quanto à atuação: a) “formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado”; b) “estabelecendo estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS”, c) “deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo”, entre outras importantes de avaliação do SUS, acompanhamento de contratos e convênios, e aprovação do Orçamento Anual da Saúde. Ou seja, só é possível executar estas tarefas com ampla autonomia de cada conselheiro e do seu conjunto. São funções que exigem um mínimo de conhecimento e capacidade de posicionamento firme e comprometido, com a garantia da qualidade da saúde a toda a população local.

Segundo Cunha (*apud* Clacino 2010 p. 5), um conselho apresenta a efetividade deliberativa como:

a capacidade do conselho influenciar, controlar e decidir sobre determinada política pública, tanto expressa na institucionalização dos procedimentos, na pluralidade da composição, na deliberação pública e inclusiva, como na proposição de novos temas, na decisão sobre ações públicas e no controle sobre essas ações (CUNHA, 2007).

De acordo com a composição dos membros, Tatagiba, (*apud* Clacino 2010, p.10) destaca que os Conselhos Gestores de Políticas Públicas “são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução de políticas públicas setoriais”.

Vários autores, citados por Pereira (2008, p. 4), reconhecem a função de poder e autonomia dos conselhos, e, segundo eles,

Os Conselhos de Saúde, como instâncias de participação democrática, constituem-se em novos centros de poder, decorrentes principalmente da descentralização do sistema, e contribuem para trazer para o espaço público o debate de demandas da sociedade antes só discutidas pelos responsáveis pela gestão do sistema de saúde (ACIOLI, 2005, ACIOLE, 2007, GERSCHMAN, 2004).

A falta de autonomia de alguns conselhos é uma preocupação citada por Pereira (2008, p. 4). Segundo alguns autores, a ausência de autonomia “tem contribuído para a ocorrência de práticas clientelistas, ausência da cultura de participação e controle social na sociedade e emergência de conselhos cartoriais” (GUIZARDI; PINHEIRO; MATTOS; SANTANA; MATTA; GOMES, 2004).

De acordo com Moreira e Escorel (2009) é possível analisar o funcionamento dos CMS, através das categorias “autonomia”, “organização” e “acesso”. No que se refere à categoria autonomia, utilizam-se um conjunto de variáveis que retratam o seu funcionamento, como os aspectos mais estruturais, isto é, a parte física, equipamentos, recursos humanos e financeiros.

Seguindo o mesmo entendimento, Ribeiro (2008) faz uma análise da autonomia organizacional dos conselhos. Segundo ele, é possível distinguir a categoria autonomia em interna e externa. Em sua análise, as estruturas físicas e o funcionamento do conselho são variáveis das condições da categoria autonomia interna. Já, o que caracteriza a categoria autonomia externa são as ações autônomas junto à burocracia de Estado.

Segundo RIBEIRO (2008), é possível também analisar o caráter deliberativo do conselho. Através das agendas debatidas nas reuniões, podem-se classificar, segundo sua natureza, em fiscalizadoras, implementadoras e formuladoras. Os temas que envolvem uma postura voltada para ações que visem formular e implementar políticas públicas, possuem um caráter deliberativo. Neste sentido, entre as que apresentam caráter deliberativo, encontram-se decisões que envolvem os temas referentes à Conferência da Saúde, implantação de políticas da Saúde da Família, aquisição de materiais e medicamentos, capacitação de conselheiros, convênios e campanhas de vacinação, etc.

A dificuldade da participação social nos conselhos é vista como um desafio para o fortalecimento da democracia. Observa Pereira,

a representação e a legitimidade dos membros conselheiros mostram-se frágeis, pois enfrentam dificuldades de participação e mobilização social nos municípios. Os conselheiros consideram que o desafio do controle social da saúde está na conquista da autonomia dos representantes da sociedade, ou seja, o fortalecimento dos sujeitos, para o exercício da participação social na perspectiva da democracia cidadã (PEREIRA, 2008, p. 10)

No intuito de fortalecer a participação social, Pereira (2008), recomenda que:

A participação poderá ser ampliada e qualificada com acesso de conhecimento e de motivação para a participação desenvolvida de forma permanente pelos diversos segmentos envolvidos com a saúde nos municípios. Estratégias pedagógicas voltadas para uma Educação para o exercício democrático e participativo, construindo um perfil desejado de práticas, saberes e valores focados no direito à saúde e à vida da maioria dos cidadãos (PEREIRA, 2008, p. 10)

A partir das novas relações de poder entre o Estado e a sociedade civil, as organizações e movimento sociais passaram a ter papel importante na definição das políticas públicas, principalmente, em relação ao processo decisório. A defesa dos interesses dos diversos segmentos sociais é fundamental e deve ser garantida pelo processo democrático, pelo respeito e o diálogo. Ao exercer o controle social, a sociedade pressiona o Estado a agir com maior transparência e eficiência, garantindo mais qualidade na prestação do serviço público.

Por outro lado a legislação tem avançado na lógica da gestão pública mais eficiente, porém, as instâncias de participação social não tem garantido uma atuação mais presente, permitindo, através de sua ausência, margens para gestões públicas descompromissadas com a sociedade. A garantia do papel do conselho é a existência da autonomia no processo deliberativo. A sua falta em relação aos gestores, tem contribuído para práticas coercitivas, de submissão e cooptação dos conselhos, situação indesejável para o processo democrático.

A participação é um desafio e precisa avançar para que consolide os desejos de construção da gestão democrática através do fortalecimento da sociedade civil e suas

instâncias de poder. Neste sentido a educação pode contribuir para um trabalho permanente de formação e qualificação dos conselheiros.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Adotou-se o estudo de caso, com uma abordagem predominantemente qualitativa. Os dados foram coletados de fontes primárias e secundárias, ou seja, através de entrevistas e pesquisa documental (livro de atas, leis, resoluções e relatórios de gestão).

De acordo com Ribeiro (2008), a categoria autonomia pode ser analisada de duas perspectivas: interna e externa. A autonomia interna diz respeito às estruturas físicas (acesso aos meios de comunicação, sede própria e infraestrutura administrativa) e estruturas institucionais (instrumentos de criação, periodicidade das reuniões, existência de mesa diretora e comissões internas). A autonomia externa diz respeito a sua natureza deliberativa, ou seja, se os principais itens da pauta do conselho fornecem informações sobre os temas mais importantes debatidos e aprovados nas reuniões.

As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro com perguntas, cujo modelo encontra-se em anexo, abordando a percepção dos conselheiros em relação à autonomia externa no processo deliberativo do conselho. Neste sentido, a pesquisa buscou elementos que permitiram fazer uma análise dos processos decisórios, principalmente em relação à categoria autonomia externa, que é o objeto central deste trabalho. Buscou-se analisar as pautas do CMS, caracterizando-as, de acordo com as competências que conferem o caráter deliberativo, que são as definidas como formuladoras e reguladoras, de acordo com a Resolução nº 333, do CNS.

Foram analisados os principais documentos referentes ao período de 1991 a 1995 e do período de 2013-2015, como livros de atas, resoluções, relatórios de gestão, leis municipais, e jornais locais. O primeiro período teve como destaque o início da mobilização social na construção e implantação de um novo modelo de saúde pública para o município. Para a coleta das informações daquele período, foram ouvidos os conselheiros que contribuíram para a organização e implantação da nova política.

As entrevistas buscaram recuperar parte da história do movimento de articulação das lideranças na organização do conselho. Contribuíram para a pesquisa informações sobre o processo evolutivo da legislação do papel dos conselhos. Este material permitiu levantar

informações importantíssimas em relação ao processo deliberativo e a existência, ou não, da categoria autonomia externa do conselho e seu comprometimento sobre o SUS do município.

Para a realização da pesquisa, foi estabelecida a seleção dos conselheiros com maior tempo de atuação, o que permitiria colher informações mais precisas sobre o período de mobilização e organização do SMS. Mais ainda, quem vivenciou todo o processo contribuiu com dados e informações, fazendo um paralelo do passado com o presente e contendo análises dos avanços, retrocessos e limitações em relação à autonomia do conselho.

Respeitou-se a paridade de cada segmento presente no conselho para a realização da pesquisa. Conforme a legislação, o segmento dos usuários foi maior, representando 50%. Os conselheiros representantes dos segmentos prestadores de serviços e gestores, em menor número, em função de que representam 25% dos conselheiros dentro do CMS, perfazendo um total de dez conselheiros. Destes, dois representavam o segmento dos gestores, um representava o prestador de serviços, um representava o profissional da saúde e seis representavam o segmento dos usuários do SUS. A partir dos depoimentos, foi possível analisar o entendimento dos conselheiros sobre o processo deliberativo do conselho para as políticas públicas de saúde no município.

Para a realização das entrevistas, cada conselheiro foi contatado pessoalmente ou por telefone. Vários conselheiros disponibilizaram suas residências e o local de trabalho, e alguns preferiram o auditório do conselho. A pesquisa apresentou, como limite para um maior número de entrevistas, o curto espaço de tempo para a sua realização. Os depoimentos foram, apesar disto, significativos pelo número de informações e riqueza de detalhes.

Os documentos permitiram a confrontação com os dados coletados na entrevista, pois neles estão registrados todos os temas e principais decisões do conselho. Estas informações contribuíram para o estudo, principalmente em relação à postura do conselho, no que diz respeito ao entendimento, compreensão e capacidade para atuar de forma autônoma em suas deliberações. As legislações federal, estadual e municipal foram importantes instrumentos de análise sobre o papel dos conselhos e a forma de atuação dos conselheiros. São diretrizes importantes, que orientam os membros em relação à sua função e postura com o gestor público e entidades prestadoras de serviços.

Para realizar a análise dos dados, as informações foram sendo registradas de acordo com a estrutura da pesquisa. Alguns dados foram fundamentais para reconstruir a história da implantação do SUS no município, outros, com o objetivo de investigar a percepção dos conselheiros em relação à categoria autonomia externa nas decisões do conselho e a relação existente com o gestor e os prestadores de serviço. As informações colhidas durante as entrevistas foram distribuídas aos conselheiros, por blocos de interesse representados, como usuário do sistema, prestador de serviço ou gestor.

As informações foram ordenadas em dois períodos: a) período de mobilização social, implantação do SUS e processo de organização do CMS; b) período atual do CMS, especificamente os anos de 2013 a 2015.

Para dar início à pesquisa, a primeira etapa foi conhecer o CMS, seus membros, dinâmica de reuniões e ter acesso aos principais documentos do conselho. O primeiro contato com o trabalho de campo foi a apresentação da pesquisa na reunião mensal do CMS, no mês de fevereiro de 2015.

Com o consentimento e apoio do conselho, o pesquisador participou de algumas reuniões, com o objetivo de conhecer a sua dinâmica de trabalho. Foram agendadas reuniões com o conselho e a Câmara Técnica (CT). Este contato favoreceu o diálogo durante os depoimentos individuais e a oportunidade de acompanhar a discussão sobre a prestação de contas do projeto de investimentos do Hospital Regional de Caridade, encaminhado ao conselho, para o seu parecer técnico e aprovação. Outra agenda importante foi a reunião da CT, para avaliação da documentação e parecer técnico que, juntamente com a ata da reunião, foi reencaminhado ao CMS para apreciação final.

A reconstrução histórica de organização do conselho contribuiu muito para análise dos resultados, pelo fato de os conselheiros atuais terem sido seus protagonistas. Foi possível responder a questão sobre a categoria autonomia, principalmente na verificação da existência ou não da autonomia externa do CMS no processo deliberativo, e às específicas, que procuraram conhecer a percepção dos conselheiros, em relação à postura individual e autonomia.

Diante das respostas colhidas, fez-se a análise de cada questão, destacando, a partir da visão de cada segmento, os resultados conclusivos da pesquisa. Essas informações possibilitaram a confrontação com outras pesquisas que envolvem estudos na mesma área e com relação à literatura sobre o tema.

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na década de 80, o município de Três Passos era considerado um território extenso, e tinha uma população de 45.000 habitantes, 70% dos quais residindo no interior. Nos anos 90, a realidade mudou muito. Em 1992, aconteceu o desmembramento do distrito de Tiradentes do Sul, formando novo município e reduzindo em torno de 8.500 habitantes. Em 1996, aconteceu o segundo desmembramento territorial, surgindo os municípios de Esperança do Sul e Bom Progresso, com uma redução de 7.000 pessoas. Naquele período, o êxodo populacional marcou muito a região Celeiro, fazendo com que centenas de famílias buscassem outras regiões para viver, principalmente as mais industrializadas, como a Grande Porto Alegre, Vale do Taquari e Serra Gaúcha. Passadas mais de duas décadas, o município contabiliza 23.973 habitantes, segundo dados do Censo do IBGE 2010.

É importante registrar que o início de implantação do SUS foi realizado num momento em que o município tinha uma população expressiva, principalmente no meio rural. Na época, o município possuía cinco hospitais, dois deles localizados no meio rural. A sede do município, além dos três hospitais, contava com um Posto de Saúde, conhecido como “Postão”.

Hoje, a realidade estrutural da saúde no município é bem outra. Nas últimas décadas, além do desmembramento territorial, houve fechamento de quatro hospitais, ficando apenas o Hospital de Caridade, hoje como hospital de referência regional em função de ter uma UTI. A política de Atenção Básica tem uma estrutura praticamente completa e com cobertura de 100% da população. Possui oito postos de ESF, seis no perímetro urbano e dois nos distritos rurais, com equipes completas e concursadas em 2011. Conta com 48 agentes comunitários de saúde, atuando em microrregiões, que envolvem nove bairros urbanos e seis distritos rurais. Seis novos postos de saúde foram construídos, no período de 2009 a 2011, e os demais passaram por reformas.

O CMS possui uma sistemática de reuniões mensais, de acordo com sua estrutura de organização. Sempre que necessário, o presidente convoca reunião extraordinária. Os documentos, principalmente os oriundos da SMS, hospitais, laboratórios, relatórios de gestão, firmação e/ou renovação de convênios que envolvem recursos financeiros devem ser

encaminhados para a CT com certa antecedência, para análise e avaliação mais detalhada pelo grupo técnico. A CT, composta por cinco conselheiros, reúne-se antes da plenária do conselho, enviando a este o parecer, favorável ou não, juntamente com a ata ao CMS. A dinâmica do funcionamento do conselho foi construída ao longo do tempo, contemplando a diferença de interesses, transparência e interatividade entre os diversos segmentos sociais e garantindo sempre a defesa dos princípios do SUS.

3.1 Controle Social e Processo Democrático na Implantação do SUS

Os anos 80 foram de muita agitação política e mobilização social. Movimentos sociais buscavam organizar-se e levantar bandeiras de lutas, com o objetivo de despertar na opinião pública a necessidade de discutir, rever e construir um novo modelo de gestão pública com participação social, comprometida com os anseios da população brasileira.

O ano de 1986 marca, no município de Três Passos, a instalação oficial da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), que sua primeira reunião no dia 07 de agosto, com o objetivo de organizar as diversas comunidades locais para discutir as questões relacionadas com a saúde, organização popular e a participação nas decisões dos programas de saúde. Na época, o município não contava com Secretaria de Saúde e as questões relacionadas à área eram resolvidas pela Secretaria de Educação.

É neste contexto político e social que, em 1986, os movimentos sociais mobilizaram-se, com apoio de várias entidades, principalmente ligadas à Igreja católica. Houve uma grande mobilização junto à Prefeitura Municipal, que contou com a presença do médico Osmar Terra, superintendente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que, na oportunidade, deu todo o apoio à comunidade, valorizando a organização popular. Uma das comunidades com forte presença foi da localidade de Esperança, atualmente município de Esperança do Sul.

Com a organização da CIMS, as famílias eram cadastradas e a mobilização de adesão das comunidades aumentava a cada mês, cada uma buscando somar, com a ideia de organizar uma nova proposta para a saúde no município.

Em 1987, foram feitas as primeiras contratações de enfermeiros e médicos. Os médicos passaram a participar das reuniões nas comunidades e orientavam a população a respeito dos serviços disponíveis, das formas de atendimento e dos direitos do cidadão. O processo de organização e fortalecimento do CIMS veio com a mudança nos estatutos, com a possibilidade das comunidades rurais elegerem seus representantes e fazerem parte do núcleo de coordenação da CIMS.

A partir de 87, as comunidades elegiam seus presidentes e constituíam seus primeiros conselhos comunitários. Suas tarefas iniciais foram a realização do diagnóstico da saúde, seus problemas locais, discussão sobre os direitos e a gestão dos programas de saúde, que, a partir de então, lhes foram assegurados. Em 1988, segundo o Entrevistado A, *“o município chega a ter mais de 100 conselhos de saúde, onde praticamente toda a população estava organizada com carteira de controle de sua participação em reuniões mensais”*. Entrevistado A lembra do *“papel importante que a Comissão Técnica da CIMS teve na mobilização para aprovar um percentual de 10% no orçamento do Estado para a saúde, o que efetivamente foi conseguido apenas 8%”*.

A partir daí, a sociedade, entidades e governo local iniciaram um diálogo que constituiria todo o processo de implantação do SUS no município. Em 12 de março de 1991, é instalada a Comissão Provisória da Saúde, que teve o objetivo de elaborar uma proposta de Plano Municipal de Saúde e realizar o primeiro Seminário Municipal de Saúde.

Em 19 de julho de 1991, a coordenação da CIMS encaminhou as atividades da comissão e a lei municipal que criou o CMS. Nos dias 12 e 13 de julho de 1991, realizou-se o Seminário de Saúde “Três Passos Futuro” e o início dos trabalhos do CMS.

A Lei Municipal nº 2921 de 1991 criou o CMS de Três Passos, órgão colegiado, com caráter deliberativo e permanente. Diz a lei que o plenário será composto por 32 (trinta e dois) membros titulares e igual número de suplentes, distribuídos em 4 (quatro) segmentos: governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, sendo que os usuários terão representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Entre os representantes de usuários, onze representam os CMS e os demais distribuídos entre os Sindicatos dos Trabalhadores Rurais e Urbanos e Associação de Bairros.

A composição dos representantes foi alterada pela Lei nº 3003 de 1993, em seu art. 5º, reduzindo o número de Conselhos Comunitários de 11 (onze) para 09 (nove), mas permanecendo em 16 representantes dos usuários. Novamente, foi feita a alteração da composição dos membros do CMS, pela Lei nº 3303 de 1997, que revogou a Lei nº 3003 com o número dos membros, de 32 (trinta e dois) para 26 (vinte e seis) e reduzindo o número dos representantes dos usuários, de 16 (dezesesseis) para 13 (treze). Nesta lei, há uma redução dos membros dos Conselhos Comunitários, passando de 09 (nove) para 06 (seis), ou seja, agora passa a ter apenas um representante por distrito administrativo.

No Regimento Interno, aprovado em 26 de agosto de 1993, estão claros a organização e o funcionamento da estrutura do conselho, composto pelo Plenário, Núcleo de Coordenação e a Secretaria Técnica (SETEC). O município é dividido em distritos sanitários, que é composto por diversos Conselhos Comunitários. O mandato de cada presidente tem duração de 2 (dois) anos, com direito a reeleição. O plenário reúne-se uma vez por mês e as decisões são tomadas por ele. A coordenação é de responsabilidade do Núcleo de Coordenação, que tem a função de registrar as reuniões e encaminhar os assuntos deliberados, composto por 5 (cinco) membros. Cabe à Secretaria Técnica emitir parecer técnico sobre matérias encaminhadas pelo e apresentar ao plenário relatório, para posterior decisão do conselho. A Secretaria Técnica é composta por 3 (três) membros.

Na época, iniciaram-se as Conferências Municipais e Regionais de Saúde, com dias de debates, e contavam com a presença de 600 a 800 pessoas. Segundo o Entrevistado B, “*A sociedade começou a entender seus direitos*”. Na época, o Entrevistado B lembra que “*havia programas de rádio e reuniões nas comunidades. Começou aos poucos haver um entendimento com o Conselho, com a participação dos médicos, hospitais e Secretaria de Saúde*”.

Três Passos foi referência regional pela luta contra os hospitais na questão das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), que eram conveniados com três hospitais da cidade. Segundo o Entrevistado B, “*Três Passos sempre buscou ter profissionais da área da saúde na condução da Secretaria de Saúde, ajudou muito no processo de implantação do SUS no município*”.

As experiências vivenciadas pelas lideranças comunitárias, nestes 20 anos de implantação do SUS, marcou a trajetória de muitas lideranças locais, que se engajaram na proposta de construir um novo modelo de saúde no município, que atendesse às demandas da população e estivessem asseguradas por uma legislação comprometida com todos os entes federados para sustentar a viabilidade do sistema.

Segundo o Entrevistado B, *“no início da implantação do SUS, havia muitos conflitos e atritos internos entre os profissionais da saúde, com os gestores e os membros do CMS. Não havia parceria, cada setor buscava defender seus interesses. Os debates eram muitos calorosos. A comunidade tinha muito interesse, cada decisão do conselho era divulgada e repassada para todas as comunidades. O conselho brigava pelos usuários dentro dos Hospitais”*.

Lembra o Entrevistado B, sobre as disputas da época, e faz um comparativo da participação atual dos conselheiros *“as lutas eram muito grandes, não tinha saúde preventiva, saúde bucal, exames para os homens. Faziam-se muitas campanhas. O conselho tinha 32 membros e geralmente faltavam um ou dois conselheiros. Hoje, reduziu-se o número de membros e às vezes não dá quórum”*.

Outra liderança importante na implantação do SUS foi o Entrevistado C, que sempre representou o Sindicato dos Trabalhadores Urbanos e teve participação como presidente na época, e lembra os problemas enfrentados pelo conselho. O Clube do Médico, segundo ele *“era uma espécie de associação dos médicos que negociavam seus interesses com os Hospitais e com a direção do conselho. Como não havia recursos suficientes para custear o valor integral das consultas e emergências do usuário, os médicos cobravam um percentual a mais pelos serviços. Nesta época, o presidente do conselho negociava com os médicos. Na medida em que os recursos do SUS garantiam os serviços médicos e hospitalares, os médicos continuavam a realizar as cobranças por “fora” a título de compensação, o que revoltavam os usuários”*. Entrevistado C comentou que *“foi um período de muitas denúncias”*. Com o mesmo entendimento, o Entrevistado D, agricultor e líder comunitário, confirmou a prática da cobrança indevida dos médicos *“nesta época havia muitas críticas da população devido ao pagamento da diferença nas consultas e exames”*.

A pressão social dos usuários e do conselho resultou no descredenciamento dos 19 médicos do SUS, a partir de 01 de dezembro de 1995. Segundo matéria do jornal local *AQUI HOJE*, de dezembro de 1995, de acordo com o presidente do Clube do Médico, Jorge Pedrolo de Medeiros, *“O SUS rompe com a indispensável relação médico-paciente. Se não for reestruturado o sistema de maneira a viabilizar um atendimento digno à população, é preferível que o médico saia, atendendo gratuitamente as urgências dos pacientes carentes, do que permanecer e se acumpliciar com esse sistema demagógico”*. O movimento dos profissionais era apoiado pelas entidades de classe Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS) e Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS). Diante deste impasse, o conselho agiu de forma a garantir os direitos de acesso aos serviços médicos. Segundo o Entrevistado C, *“Houve acordo do Hospital com contrato e os médicos que atendiam”*. Em relação às cobranças indevidas, o Entrevistado C lembra que *“o conselho inibiu adotando um instrumento de apresentação de planilha”*. Outra ação apoiada pelo conselho foi o plantão médico no único posto de saúde do município, conhecido como “Postão”, localizado na Av. Duque de Caxias.

3.1.1 Controle social na visão do usuário

Os depoimentos dos usuários mostram o conhecimento sobre o tema controle social, mesmo com dificuldades de conceituar e descrever na prática como ele acontece. O Entrevistado C descreveu o entendimento da época *“no início o controle social não se tinha a cultura do usuário. O usuário queria resolver seu problema individual”*.

Segundo o Entrevistado B, o Controle Social *“é fundamental para garantir os direitos da população”*. *“O melhor Controle Social é você saber dos teus direitos e de que maneira você pode buscar os seus direitos”*. *“O mecanismo fundamental do controle social é a organização”*.

Nas reuniões da época, segundo o Entrevistado B, *“as denúncias ocupavam parte da pauta, chegavam a ter três denúncias por reunião. Para dar encaminhamento, o Núcleo de Coordenação procurava investigar e negociava as soluções com os prestadores de serviços (médicos, hospitais)”*.

Segundo o Entrevistado B, *“circulava muito material entre os presidentes dos Conselhos Comunitários, a informação mobilizava as comunidades, havia interesse em saber das decisões do conselho”*. O Entrevistado C concordou que *“os conselhos eram muito participativos. Os conselhos comunitários foram fortalecidos com a assinatura da carteirinha – deu certo “status” ao presidente da comunidade”*. *“O conselho chegou a ter por dois anos um programa de rádio. Toda a quarta-feira de noite, através do programa, buscava-se divulgar as ações do conselho”*.

Um dos motivos da participação da sociedade, segundo o Entrevistado C, *“eram muitas queixas do usuário. As reuniões interessavam a todos. Os salões ficavam cheios, as reuniões tinham palestras com o objetivo de informar sobre os direitos do cidadão”*.

3.1.2 – Autonomia na tomada de decisão

A autonomia do conselho no processo de tomada de decisões, no início de sua implantação, era garantida com muitas discussões acaloradas, pressão e incertezas, e com a participação de todos os segmentos da sociedade. Todos estavam num momento de aprendizagem coletiva. Segundo o Entrevistado B, *“no início não se tinha Comissão Técnica, o núcleo de Coordenação se reunia antes da reunião do conselho e definia um parecer e sugestões para o conselho tomar a decisão”* *“não passavam documentos pelo conselho, a lei não exigia”* *“o Gestor não prestava contas dos recursos, nem quanto e nem onde aplicava”*.

De acordo com as análises dos documentos das primeiras reuniões e encaminhamentos do conselho, as pautas estavam voltadas para o entendimento da nova política de saúde pública, que estava sendo implantada no país. Assim, os assuntos em destaque estavam voltados à compreensão do modelo de saúde existente, disputa pelos interesses entre as prestadoras de serviços e profissionais da área da saúde, a estruturação legal do conselho, regimento interno e, principalmente, temas ligados à participação social, autonomia política e gestão do conselho. Conhecer a realidade da saúde no município, as demandas da sociedade, os limites e recursos disponíveis, provocaram muitos debates nas primeiras reuniões do conselho.

Decisões importantes começavam a fazer parte do dia a dia dos conselheiros, negociações com profissionais, com entidades prestadoras de serviços, convênios, denúncias e o início da construção de um plano de saúde para o município. Um exemplo de decisão foi a implantação da Clínica Carrossel para atendimento infantil e, posteriormente, a discussão da implantação de uma UTI regional.

A SETEC foi eleita em 1993 e começou a dar condições para os conselheiros tomarem decisões mais seguras, em relação a situações polêmicas, no período de implantação e consolidação do SUS no município.

A mobilização social foi decisiva, e a participação dos movimentos sociais na implantação do CMS e sua estrutura organizativa demonstram como a articulação da sociedade civil pode definir os rumos da política local. O envolvimento do poder público foi importante no processo de construção democrática. A legalização das instâncias de participação social, da estrutura do conselho e do processo deliberativo permitiu compartilhar diferentes interesses entre os segmentos que compunham o conselho.

Os conflitos de interesses estão sempre presentes. A história revela as dificuldades e os desafios na construção de um novo modelo de gestão pública compartilhada com a participação popular e autonomia no processo decisório. Na visão do usuário, os problemas coletivos não estavam na pauta, pois cada um percebia seu problema. A falta de uma cultura de participação social, descaso com a comunidade carente e falta de uma legislação, geravam incertezas quanto ao futuro. As experiências positivas do passado continuam servindo de estímulo para atual geração.

3.2 Controle Social e Processo Democrático nos Dias Atuais

3.2.1 Visão do Usuário

Passados 20 anos da implantação do CMS no município de Três Passos, a realidade mudou muito. A legislação foi aperfeiçoada e a experiência acumulada continua presente no imaginário das lideranças comunitárias. Mas, que leitura se faz hoje sobre a realidade atual?

Segundo o Entrevistado B, *“Talvez hoje não há mais aquela ânsia de participar devido as conquistas em lutas passadas”*. *“Hoje falta dirigentes com conhecimentos sobre legislação, falta caminhada”*, *“no passado tinha capacitações para os conselheiros”*. O Entrevistado C tem o mesmo entendimento *“O usuário cobra pouco, falta clareza. As lideranças deveriam informar à sociedade o que é dever do estado e direito do cidadão”*. *“O usuário possui certa acomodação, busca informações quando precisa”*. *“Não tem surgido novas lideranças para assumir o conselho. Dificuldade de renovar. Falta estímulo para participar”*.

Segundo o Entrevistado E, representante do Sindicato Urbano, que, como presidente, participou ativamente da implantação do SUS no município, inclusive como representante do município e região junto ao Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, diz que *“Três Passos é referência nacional”*. Mas, segundo ele, *“O conselho não tem clareza do controle social. O CMS enfraqueceu nos últimos anos”*.

O Entrevistado B também fez críticas ao atual conselho *“A sociedade hoje não tem as informações. Os presidentes dos “Conselhos Comunitários” não têm o envolvimento do passado, hoje está mais difícil ter dirigentes disponíveis com interesse de ajudar o próximo. Hoje falta paixão para ser conselheiro”*. O Entrevistado D também reconheceu os limites do conselho *“Hoje não se fica sabendo tudo o que acontece na saúde. Os conselheiros não sabem quem trabalha nos postos e nem os horários dos médicos”*. Segundo ele, *há dez anos “o conselheiro tinha uma planilha dos atendimentos no Postão (na época único posto de saúde do município)”*.

Uma das práticas que ainda alguns mantêm é a cobrança de uma contribuição financeira, para custear os gastos do presidente para participar das reuniões do CMS e do Conselho Comunitário que representa, com o objetivo de repassar as informações aos usuários. Segundo o Entrevistado D, *“os conselhos comunitários de seu distrito não contribuem para o representante do distrito, ficando sem o compromisso de repassar para os Conselhos Comunitários as informações”*. Questionou que *“nos outros distritos os grupos*

contribuem. É cobrado do cidadão, R\$ 6,00 por ano por família, para custear algumas despesas do presidente inclusive a iluminação e limpeza do local para fazer reuniões”.

O Entrevistado F, representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, referenda a cobrança da taxa pelos conselhos comunitários. Disse que *“os “conselhos comunitários” cobram taxa que varia de R\$ 2,00 até R\$ 6,00, para custear as despesas do presidente. Existe o tesoureiro que cuida do caixa. O CMS não tem controle sobre esta prática, cada comunidade se organiza. Cada dois meses é feita a cobrança”.* Entende ele *“que esta prática é inconstitucional”.*

Outra prática que é adotada, no dia a dia, é a adoção de uma “carteirinha” por parte do usuário. A cada reunião, o usuário deve levá-la, para ser carimbada pelo presidente do Conselho Comunitário. Segundo o Entrevistado F, *“a polêmica das carteirinhas, só tem em Três Passos. É um controle para inibir as pessoas de fora do município de Três Passos para que não usem recursos do SUS municipal”.* Entende o Entrevistado F que *“esta prática estimula a participação”.* *“O Agente Comunitário de Saúde tem o controle dos usuários. Cada família tem um número”.* Em relação ao cartão SUS, disse ele, *“não é usado no município, a carteirinha substitui”.* Para validar a carteirinha, vai o carimbo do presidente.

O Entrevistado C concordou que a participação no passado era mais forte *“Após a instalação da UTI, o conselho mais acompanhou”.* O Entrevistado F foi mais otimista em relação à participação e conhecimento: *“Todas as pessoas hoje sabem os seus direitos e limites da saúde. Fortifica o conselho. É um trabalho de doação, sempre traz resultados, sempre tem pessoas dispostas a trabalhar para a sociedade. Todos crescem junto”.*

A relação do conselho com o Gestor Municipal teve bons avanços, quando comparado com o início do processo de implantação do SUS; hoje esta relação é estável e com uma visão positiva desta parceria. Segundo o Entrevistado D, *“Reduziu muito as reclamações do trabalho da saúde. No passado havia secretário que não atendia o conselheiro. Hoje há respeito do gestor para com o conselho”.* Concordando com a mesma ideia, o Entrevistado G disse que *“há respeito do gestor e do hospital para com o conselho”.*

O atendimento em Três Passos é um exemplo. Segundo o Entrevistado B, *“hoje se briga pelo local onde se quer ser atendido (melhor opção), em outros municípios se briga*

para ser atendido”. “A humanização hoje no SUS no município é muito diferente que no passado. Hoje com a Estratégia da Saúde da Família o cidadão tem um atendimento de qualidade”. Hoje, segundo o Entrevistado B, “se avançou 100%” e, segundo ele, “a lei exige prestação de contas do gestor a cada três meses, são relatórios de gestão, planilhas de custos e investimentos e registros em ata”. “As queixas hoje são muito menores”.

Na mesma linha, o Entrevistado F fez um comentário sobre a gestão no município: “o município tem como modelo o SUS. Hoje, Três Passos não tem problema de mau atendimento e cobrança indevida. A grande maioria dos municípios não tem esta organização com informações para a comunidade”.

A participação hoje é menor. Segundo o Entrevistado B, “no passado havia a participação de entidades como a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural - EMATER, Cooperativas, e elas buscavam estar presente. Hoje, não se consegue ter a mesma participação, se for aplicado o regimento interno do conselho, a plenária ficaria ainda mais reduzida”.

Este dado não se confirma com as informações colhidas sobre a participação dos conselheiros nas reuniões do CMS. Em dois anos de análises da lista de presença das reuniões do conselho, a maioria dos conselheiros esteve presente. As mudanças na composição do conselho, aprovada em março de 2015, poderá melhorar a participação. Deixam de existir 06 (seis) vagas, representadas pelas escolas públicas e privadas, e assumem seis profissionais da área da saúde. É muito provável que os interesses desses profissionais ligados à saúde sejam maiores que os representantes da área da educação.

O Entrevistado G, líder da Associação de Bairros (UTAB), reconheceu as dificuldades de trabalho e tempo para realizar, diz ele, “trabalhar com entidades é difícil, depende da consciência”. Afirmou, ainda, que “o hospital só participa devido a cobrança que o conselho exerce”. Segundo ele, não há um acompanhamento maior do conselho junto ao gestor e ao trabalho dos prestadores de serviço. Justificou que “Falta tempo para o conselheiro visitar o trabalho desenvolvido pelo prestador de serviço e também do gestor”.

Uma das preocupações do Entrevistado G é a falta de lideranças nas comunidades. Afirmou que “alguns conselhos comunitários não funcionam, a presença dos usuários,

segundo ele, 90% vem para as reuniões só para carimbar e assinar a carteirinha". Segundo ele, *"a periferia não participa de grupo e não vem nas reuniões"*. Reconheceu que *"parte da comunidade sabe seus direitos, e outros vão com o grupo, e que o conselho representa a sociedade"*.

Esta afirmação tem fundamento, quando diz que não ocorre uma renovação de lideranças comunitárias na composição do conselho. Porém, na prática, a cobrança das carteirinhas não serve somente ao conselho, mas também ao gestor. Este mecanismo sempre serviu para garantir a participação da comunidade e aos interesses do gestor. Esta prática não tem sido questionada, nem pelo conselho e nem pelo gestor, pois, na sua visão, é uma forma de "garantir" a presença da comunidade nas reuniões dos bairros e distritos, espaço e canal de divulgação de informações. O rompimento desta prática provocaria uma redução da "participação da comunidade". As dificuldades de participação são reconhecidas por Pereira (2008), quando diz que os municípios enfrentam dificuldades de participação e mobilização social.

Em relação ao conselho, o Entrevistado G foi enfático: *"O conselho é cobrador, há responsabilidade das entidades e a sociedade reconhece"*.

Ao comentar sobre o controle social, o Entrevistado F disse que o conselho *"faz um papel importante, negocia com as partes, busca acertar. A missão além de discutir, estar informado deve ser parceiro. Normaliza os problemas. Vai de encontro. O Conselho de Saúde é intermediário, parceiro do usuário, do gestor, do trabalhador"*.

Este pensamento está presente na postura da maioria dos conselheiros. A busca pelo entendimento das partes e da relação de harmonia entre os diferentes segmentos sociais demonstra um esforço de conciliação para evitar conflitos. A leitura das atas do conselho permite fazer esta afirmação. Todas as decisões do CMS são tomadas por unanimidade. É possível não haver conselheiros que discordam das decisões? Esta postura de buscar a harmonia não sinaliza uma forma de cooptação dos conselheiros?

O Entrevistado C gostaria que a sociedade tivesse uma participação mais incisiva. Disse que *"o cidadão deveria estar participando mais, até no financeiro, deveria*

acompanhar mais próximo. Valorizando mais a sua participação". Entende que a Câmara Técnica *"serve mais como fiscal"*.

Numa visão mais crítica, o Entrevistado B lamentou a falta de envolvimento dos presidentes dos "Conselhos Comunitários". Segundo ele, *"os presidentes hoje não têm muito conhecimento sobre o SUS. Não querem assumir"*. Lembrou que esta situação era diferente no passado: *"os presidentes participavam de fato e de direito, sabiam o que queriam, brigavam contra os hospitais e buscavam esclarecer as denúncias"*.

Os documentos analisados, durante os dois anos, mostram que as agendas discutidas nas reuniões do CMS não estimulam o debate e o questionamento entre os conselheiros. Raramente, aparecem temas ligados à avaliação das políticas públicas da saúde, fiscalização do atendimento a população, elaboração de programas e projetos de melhoria da qualidade da saúde, o que, certamente, provocariam muitas discussões no plenário. Outros indicativos que apontam para a ausência de debates é a perpetuação dos conselheiros por várias gestões, permanecendo 15 a 18 anos ininterruptos, a falta de qualificação dos conselheiros e a ausência de políticas voltadas à renovação de novas lideranças. Percebe-se que a situação de manter as mesmas por várias gestões, trabalhando sempre na visão de parceria e tendo o papel de conselheiro como um trabalho voluntário, atende aos interesses dos gestores.

Tomar decisões não é tarefa fácil. Este entendimento é consenso entre as lideranças. Leis, documentos e acompanhamento do trabalho de prestação dos serviços na saúde exigem conhecimento e tempo. Na prática, percebe-se que a falta de conhecimento mais aprofundado sobre as políticas públicas na área da saúde, por parte dos conselheiros, é um dos limitadores para a sua atuação autônoma. As reuniões do conselho são organizadas pela SMS, de acordo com seus interesses na aprovação de relatórios de gestão, planos e projetos e do prestador de serviços, o Hospital de Caridade. O fator tempo também é um dos limitadores para as decisões. Os conselheiros usuários do SUS não possuem o tempo necessário para estudar, analisar documentos e fiscalizar, apenas garantem sua presença nas reuniões.

Desta forma, os pareceres do conselho têm sido acatados, tanto por parte do prestador de serviço, como pelo gestor. Segundo o Entrevistado B, *"O conselho tem plena confiança no trabalho do Gestor e dos dirigentes de Hospital, confia também nos pareceres da Câmara Técnica. Mesmo que o conselho não tenha um contador para analisar as*

planilhas financeiras os documentos sempre foram aprovados". Sobre as decisões do conselho, o Entrevistado B disse que *"as decisões são tranquilas, não há pressão. A responsabilidade do conselho é muito maior hoje"*.

Segundo o Entrevistado F, as decisões são democráticas: *"os assuntos vem para a reunião do conselho seja do Hospital, da Secretaria Municipal de Saúde, do usuário, é discutido, votado e a maioria vence. Sempre em conjunto. As decisões são acatadas tanto do Hospital como do Gestor"*. *"O presidente encaminha uma carta com as decisões do conselho e entrega para o gerente ou gestor"*. *"As reuniões do conselho são mensais, são abertas, mas só o conselheiro tem direito a voto"*. A comunidade, em geral, não participa das reuniões do conselho. O que existe, na prática, são reuniões com as lideranças comunitárias dos bairros e distritos no mesmo dia das reuniões do conselho, para discutir assuntos do interesse dos usuários. Estas reuniões são muito utilizadas como canais de participação social, com o objetivo de ser um espaço de divulgação do desenvolvimento de políticas do gestor público.

Na percepção dos conselheiros usuários do SUS, são praticamente uma unanimidade os avanços positivos da trajetória do processo de implantação do SUS no município. Nos depoimentos, é reconhecida a participação das lideranças comunitárias na consolidação das políticas implementadas na saúde, valorizando a experiência acumulada por parte dos conselheiros ao longo das lutas travadas no passado.

Da mesma forma que demonstram apoio nas relações estabelecidas com o gestor e prestadores de serviços e afirmam que a sociedade reconhece o trabalho do conselho, fica evidente a preocupação dos conselheiros em relação ao futuro. Segundo ele, o momento atual reflete um estágio de acomodação da sociedade em relação à participação e ao enfraquecimento do próprio conselho, em função da falta de renovação de lideranças.

As posições são de indignação, em relação à atitude da sociedade, que busca apenas ser atendida nos seus interesses, evitando sua participação nas atividades do conselho. Os depoimentos refletem a falta de qualificação dos conselheiros, de participação de entidades representativas da sociedade civil e de profissionais da área da saúde na tomada de decisões. Essas são posições que mostram o distanciamento da participação da sociedade de forma mais efetiva e uma menor pressão em relação ao controle social sobre as políticas da saúde pública do município.

Os conselheiros têm consciência que possuem autonomia para decidir e que suas decisões são acatadas por parte do gestor e implementadas. Também, é verdade que o conselho não sofre pressão por parte do gestor e dos prestadores de serviços, diferente do passado, quando o conflito estava presente em todos os momentos da atuação dos conselheiros. Percebe-se que esta situação de tranquilidade nas relações institucionais é fruto da ausência de pressão dos “Conselhos Comunitários”, da falta de renovação dos conselheiros e dos avanços das políticas locais na área da saúde.

É importante se destacar que não apareceu, nos depoimentos dos conselheiros usuários, uma cobrança mais forte em relação à falta de autonomia financeira, o que tem inviabilizado o trabalho de formação e capacitação dos atuais conselheiros, a renovação de lideranças com conhecimento e o comprometimento da sociedade para exercer um controle mais efetivo junto ao gestor público e ao setor privado.

A falta de interesse, por parte do gestor, em garantir a presença de um conselho forte e autônomo, compromete a atuação do conselheiro para decidir sobre melhorias das políticas públicas locais. Uma das formas de cooptação é transformar o conselho em um órgão imobilizado, sem autonomia, incapaz de adotar uma postura mais crítica, mais propositiva. Este quadro mostra uma situação contrária às políticas de construção e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

3.2.2 Visão do Prestador de Serviços

Para o administrador do Hospital de Caridade, o trabalho do CMS é importante. De acordo com o Entrevistado H, *“O conselho tem voz ativa e tem constituído comissões para resolver questões relacionados com profissionais que tem questionado a sua forma de atendimento”*, mas, ao mesmo tempo, questiona o papel do conselho, pois, segundo ele, o *“conselho deveria dar mais atenção no controle público, acompanhar melhor os recursos aplicados. O conselho não interage com o hospital, deveria cobrar as ações definidas no Plano Municipal de Saúde, sobre a qualidade dos serviços, sobre os recursos para o hospital”*.

Sugeriu, o Entrevistado H, que o *“conselho poderia ser um braço de apoio para o Hospital pensar a saúde como um todo, buscar soluções, e conhecer melhor os serviços disponíveis e a forma de gestão do hospital”*. Afirmou, ainda, que *“falta espaço para entender melhor o funcionamento do SUS e também do sistema privado de saúde”*.

No entendimento do prestador de serviços, o *“conselho tem sido parceiro do Hospital e tem tido uma postura favorável nas decisões do hospital”*. De acordo com as agendas de reuniões do conselho, percebe-se que as decisões do conselho incluem somente aprovação de relatórios do hospital, e, em nenhum momento, se discute a qualidade do atendimento, avaliação dos investimentos municipais, estaduais e federais e o retorno dos serviços para a população. Reconhece que falta *“uma cobrança mais séria por parte dos conselheiros, as reuniões são apenas para aprovar”*, e sugeriu que o conselho *“teria que estar presente nas reuniões de negociação entre a prefeitura e o hospital para compreender os serviços negociados e os recursos envolvidos”*.

Percebe-se, do prestador de serviço em relação ao conselho, o reconhecimento da importância do seu papel na aprovação, mas não na discussão, dos documentos encaminhados para apreciação dos conselheiros e da CT. É muito positiva a visão de que o conselho deveria estar mais presente junto ao hospital e laboratórios, acompanhar as negociações com os gestores, conhecer mais a fundo o trabalho realizado na área da saúde. Diante desta cobrança, é de questionar se a presença do conselho junto aos prestadores de serviço fosse realmente exercida, se manteria, por parte dos prestadores de serviços, o mesmo entendimento. Em relação à presença dos conselheiros no ambiente hospitalar, somente este ano, os conselheiros têm à disposição crachás com autorização para frequentar as instalações do hospital. Medida desnecessária, pois os conselheiros tem autonomia para frequentar qualquer unidade de saúde, com o objetivo de acompanhar e fiscalizar o trabalho desenvolvido em todos os setores.

Uma avaliação dos prestadores de serviços é muito pertinente: a falta de profissionais da área da saúde nas decisões do conselho sempre foi um dos problemas. Sem dúvida deixava a desejar a qualidade dos debates e dos possíveis encaminhamentos do conselho pela ausência de profissionais da saúde, situação que, a partir de 2015, está superada com a inclusão de seis profissionais nas reuniões do conselho.

3.2.3 Visão do Gestor

Os gestores, apesar de serem profissionais da saúde, possuem entendimentos diferentes quando o assunto é atuação do CMS, seu papel, relação com o gestor e, principalmente, em relação ao processo deliberativo.

O Entrevistado I entende que controle social *“é uma ferramenta da sociedade civil organizada que defende, fiscaliza e propõe um modelo de atenção da saúde que possa efetivamente corresponder às expectativas da população”*. Mesmo reconhecendo que o conselho faz bem o seu papel, questionou o entendimento da sociedade. Disse que *“a sociedade não tem essa visão, os vereadores, por exemplo, nunca participaram de uma reunião do CMS e muito menos o consultam, mas nas pautas da Câmara de Vereadores discutem assuntos da saúde sem ter um parecer dos conselheiros”*. Seguiu, justificando que *“o Plano Municipal de Saúde, apresentado na última Conferência, os vereadores não demonstraram interesse para conhecê-lo”*.

Na visão do Entrevistado I, o domínio de conhecimento dos conselheiros *“é em função do tempo de participação nos conselhos e conferências e não pela qualificação técnica”*. Disse *“os membros do conselho não mudaram neste período, não há renovação”*.

No entendimento do Entrevistado I, o conselho tem garantido, conforme a lei, a paridade dos membros na sua composição. No mesmo dia, no período da noite, o CMS reúne-se juntamente com a CT para dar os encaminhamentos, de acordo com os temas em pauta. Todo este processo decisório, segundo o Entrevistado I *“é democrático, as categorias estão representadas. Tudo que se faz na Secretaria Municipal de Saúde passa pela avaliação do conselho. Alguns assuntos polêmicos são encaminhados para consulta do Ministério da Saúde”*.

As demandas da SMS encaminhadas ao conselho, por exemplo, os Relatórios de Gestão, o Plano Municipal de Saúde, e os projetos de construção de Unidades de Saúde, foram aprovados sem nenhuma dificuldade. Comenta o Entrevistado I *“tudo passa pela votação no conselho e existe um parecer favorável da CT. Tudo fica registrado em ata. Os prazos são respeitados”*.

Segundo o Entrevistado I, a relação com o conselho é muito boa em função da cobertura de 100% do território e a qualidade do atendimento. Os limites, segundo ele, *“ainda estão na falta de recursos para medicamentos e equipamentos”*. O município e a região carecem de uma estrutura maior e regional. Ele disse que *“auxiliaria muito para o município a existência de um Conselho Regional e que no passado a região tinha representante no Conselho Estadual de Saúde, o que facilitava discutir os problemas de média e alta complexidade”*.

O Entrevistado J, conselheiro desde 1997 e atuando como profissional na CT, contribui muito, pela sua experiência e compreensão sobre saúde pública. Entende *“que o SUS é um processo em construção, assim como o controle social também é, pois com o aprendizado próprio de cada ser humano, a valorização da vida e o entendimento do que é ser saudável nos momentos diferentes ao longo da vida demonstram o avanço do controle social, através do que o usuário espera e exige na prevenção, no atendimento na unidade de saúde, no consultório, no hospital, ou mesmo na busca dos seus direitos frente a necessidades maiores como medicamentos e tratamentos especializados”*. Reforçou ainda, *“o controle social é uma missão que deve ser incorporada na atitude de gestor, profissional, prestador de serviços e usuários como caminho de mão única para a Plenitude do SUS”*.

Hoje, segundo o Entrevistado J *“o usuário municipal não se cala e nem se conforma frente às necessidades não atendidas. Sabe onde, como e com quem buscar seus direitos”*. Lembrou que a *“garantia dos direitos, na prática e de forma efetiva, ainda é um processo que precisa ser lapidado, conquistado e efetivado, resolvendo a pendência do maior entrave, ou seja, o financiamento, que gestores, prestadores de serviços, profissionais e usuários aguardam há mais de uma década, além da educação continuada permitindo o fortalecimento da cidadania e o SUS”*.

Em relação à autonomia do conselho, o entrevistado J disse que *“evoluiu muito nos dias atuais”* e justificou: *“talvez porque o gestor fez parte do CMS de Três Passos por muito tempo como profissional da saúde, e hoje mantém uma relação de respeito e reconhecimento. Cumpre com todos os prazos na entrega dos documentos”*. Porém, *“não há uma autonomia plena em relação à legislação”*, mesmo hoje, o Conselho possui um espaço disponível para reunir-se. Afirmou que *“o espaço fica dentro do prédio da prefeitura, não possui uma secretária para fazer as agendas e contatos, depende da disponibilidade dos servidores da*

Secretaria da Saúde para realizar estas tarefas”. Não há autonomia para o deslocamento dos conselheiros no município. Segundo ele, *“quando o conselho necessita deslocar-se para uma atividade, deve solicitar um veículo para a Administração Municipal”*.

Alguns estudiosos questionam a falta de autonomia dos conselhos. Sua postura autônoma é fundamental para dar legitimidade ao processo democrático. De acordo com Stralen (2006), os governos devem garantir dotação orçamentária para que os conselhos possam ter autonomia. Para Moreira e Scorel (2009), a dimensão autonomia é a que apresenta os piores resultados. Ribeiro (2008) afirma que os conselhos revelam certo comprometimento em relação à autonomia organizacional, em função da falta de estrutura física. A partir dos estudos apresentados, o posicionamento do entrevistado J confirma a falta de autonomia do conselho no desempenho do seu trabalho e apresenta mais detalhes sobre esta questão.

Segundo o entrevistado J, sobre as limitações em relação à autonomia plena, *“se o conselho não possui orçamento próprio, como pode ter autonomia? Não tendo orçamento, o conselho não pode fazer investimentos, por exemplo, na identificação do conselheiro – uniformes, crachás, o que dificulta o acesso do conselheiro nos postos de saúde, hospitais e laboratórios, em caso de fiscalização”*.

Outra questão que demonstra limitações de autonomia é em relação ao deslocamento de conselheiros para participar de atividade fora do município. A legislação municipal (Lei 4.601/14.12.2011) prevê a seguinte situação: se é servidor público, as despesas são ressarcidas; não sendo servidor, são pagas diárias. Segundo esta lei, que dispõe sobre a indenização de diárias e o ressarcimento de despesas a conselheiros municipais, é permitido ao conselheiro participar de eventos fora do município, desde que solicitado com antecedência e autorizado pelo Secretário Municipal de Saúde. Até hoje, os conselheiros não servidores, para deslocarem-se do município, dependiam da sensibilidade do gestor em autorizar o ressarcimento das despesas.

Na visão atual do gestor, a relação existente entre o conselho e o Poder Público está dentro de um contexto de parceria, de apoio, e demonstra uma preocupação permanente para com a melhoria da gestão na saúde do município. Esta situação de parceria nem sempre fez parte da relação entre o gestor e o conselho. Através dos depoimentos dos conselheiros usuários e dos documentos analisados, fica evidente que a postura do gestor atual é resultado

de sua experiência, enquanto membro do conselho no passado, e que, agora, procura manter a sua coerência.

Uma das questões que tem preocupado os conselheiros e o próprio gestor é a falta de participação dos primeiros nas reuniões e a renovação de lideranças. Porém, nos depoimentos, não é mencionado esforço, por parte do gestor, em proporcionar programas de capacitação e formação continuada aos conselheiros e o estímulo ao surgimento de novas lideranças. A falta de repasses financeiros ao conselho não permite uma política de formação de novos líderes comunitários.

Percebe-se um possível comodismo por parte do gestor, ao garantir harmonia com o conselho, em função da experiência dos atuais conselheiros, adquirida ao longo de muitas lutas. São lideranças reconhecidas e muito respeitadas nas comunidades e que buscam garantir uma relação de apoio ao gestor, evitando possíveis conflitos e, muitas vezes, questionamentos em relação à gestão da saúde no município.

Existem, entre os conselheiros, questionamentos discordantes sobre a autonomia do conselho. As críticas levantadas por um profissional da saúde partem de uma questão fundamental: como ter autonomia, se o conselho possui dependência financeira, de estrutura e de gestão para participar de reuniões e cursos fora do município. A falta de recursos impede o conselho de fazer investimentos, inclusive, na identificação dos conselheiros, necessária para ter acesso nos espaços públicos e privados.

3.3 Processo Deliberativo e Autonomia Externa do CMS

3.3.1 Processo Deliberativo do CMS

O CMS de Três Passos possui uma CT, constituída por cinco representantes: 03 dos usuários, 01 dos prestadores de serviços e 01 dos profissionais de saúde. Cada representação é composta por um titular e um suplente. A reunião da CT acontece antes da reunião do CMS, na última quarta de cada mês, às 16 horas, na sala de reuniões na Secretaria da Saúde.

O CMS, constituído legalmente, na reunião de março/2015, aprovou alteração na sua composição. As mudanças mantêm sua composição paritária com vinte e quatro representantes, sendo 25% do governo municipal e prestadores, 25% dos profissionais da saúde e 50% dos usuários, ou seja, três do governo, três dos prestadores, seis dos profissionais de saúde e doze dos usuários.

Representando o governo, as Secretarias da Saúde, da Educação e da Agricultura. Representando os prestadores, o Hospital de Caridade, laboratórios e clínicas de fisioterapia, Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN) e Câmara do Comércio, Indústria e Serviços – Três Passos – RS (CACIS).

Representando os profissionais de saúde, um representante dos médicos, um dos odontólogos e fisioterapeutas, um dos Enfermeiros, um dos farmacêuticos e nutricionistas, um dos psicólogos e assistentes sociais, um dos profissionais de saúde de nível médio, ou seja, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde.

Representando os usuários, um representante da Associação Bairro I; um da Associação Bairro II, um do Distrito da Sede, um do Distrito do Erval Novo, um do Distrito da Bela Vista, um do Distrito de Padre Gonzáles, um do Distrito da Floresta, um do Distrito do Santo Antônio, um das entidades religiosas, um do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, um do Sindicato dos Trabalhadores Urbanos I e um do Sindicato dos Trabalhadores Urbanos II.

A reunião do CMS é mensal, sendo realizada na última quinta-feira do mês, às 18 horas, na sala de reuniões junto à SMS. Os projetos, relatórios, prestações de conta e demais assuntos que necessitam apreciação só entram na pauta da reunião, depois da aprovação da CT. Governo, prestadores de serviços ou demais órgãos encaminham a documentação, ou seja, os relatórios, projetos, prestação de contas à CT até a sexta-feira da terceira semana do mês, em horário comercial. Esta se reúne, analisa a documentação e emite parecer sobre cada documento analisado. Sempre que há necessidade, a CT solicita auxílio jurídico, serviço de contabilidade e de outros técnicos, conforme a área afim, para esclarecer dúvidas e, assim, emitir o parecer técnico, ético e seguro.

Não há aprovação do CMS, sem parecer da CT. O quórum mínimo é de 50% mais um. Cada reunião é registrada em ata e, quando pertinente, publicada uma resolução. O mandato da mesa diretora é de dois anos, podendo ser reconduzida por igual período.

A dinâmica da relação interna, entre as instâncias do conselho com a CT, segue as formalidades estabelecidas pelo regimento interno do conselho. Os documentos e propostas de pautas para as reuniões que ingressam no CMS são encaminhados para a CT. Após análise detalhada dos mesmos, é emitido um parecer e reencaminhada ao conselho, no prazo estabelecido. Este tem o papel de apresentar o parecer, discutir com os conselheiros e colocar para aprovação. A construção da pauta segue a mesma orientação: a CT analisa as sugestões de temas e propõe os assuntos de maior relevância, para a próxima reunião. Após as decisões do conselho, enviam-nas por escrito, ao gestor ou administradores das entidades prestadores de serviço, para que estas sejam acatadas. Desde 2014, as decisões mais importantes são divulgadas em formato de resoluções.

3.3.2 Autonomia Externa do CMS

A partir da análise documental (atas e resoluções) do CMS, foi possível perceber, com mais fidedignidade, as agendas discutidas nas reuniões do conselho. O período analisado foram os dois últimos anos (2013 a 2015), suficiente para analisar as temáticas discutidas nas reuniões, informações importantes que permitem caracterizar as ações deliberativas e que comprovam a autonomia do conselho, mais especificamente a existência da autonomia externa. Neste período, foram analisadas 24 (vinte e quatro) atas e 3 (três) resoluções. A partir destes documentos, as temáticas foram distribuídas em agendas de interesse da SMS, do Hospital de Caridade e assuntos que caracterizam medidas formuladoras e reguladoras.

Os documentos referentes ao ano de 2013 mostram que foram realizadas 10 (dez) reuniões, nas quais 29 temas estiveram na pauta do dia. Destes, 41% eram temas de interesse do Hospital de Caridade (relatórios, prestação de contas, plano operativo, plano de trabalho, projeto de reforma e implantação de serviços), 48% de interesse da SMS (aprovação do Plano Plurianual, orçamento da saúde para 2014, plano municipal da saúde, projetos de aquisição de materiais, projetos de investimentos, projeto Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 11%

dos assuntos ligados a medidas formuladoras e reguladoras (curso de capacitação dos conselheiros, visita de conselheiros ao Hospital de Caridade, política de controle da dengue e recursos para o CMS).

Em 2014, foram realizadas 12 (doze) reuniões do CMS. Nessas reuniões, 36 temas estiveram na pauta do dia. Destes, 33% eram temas de interesse do Hospital de Caridade (relatórios, prestação de contas, repasse de recursos ao hospital, prestação contas do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU)), 47% de interesse da SMS (relatório de atividades da SMS, relatório de gestão, projetos de aquisição de materiais, processo seletivo de agentes de saúde, remapeamento da ESF, orçamento da saúde para 2015), 19% assuntos ligados a medidas formuladoras e reguladoras (investigação do SAMU, eleição, fiscalização da Comunidade Terapêutica, visita ao hospital, participação dos conselheiros na Conferência da Saúde, em Passo Fundo).

Em 2015, verificou-se que as agendas discutidas no CMS mantiveram, praticamente, a mesma distribuição por interesses: 40% eram temas de interesse do Hospital de Caridade (relatórios, prestação de contas), 30% de interesse da SMS (relatório de gestão e relatório do sistema), e 30% dos assuntos ligados a medidas formuladoras e reguladoras (avaliação sobre impacto na atenção básica de saúde pela falta de recursos, proposta conferência municipal de saúde e mudança na composição do CMS).

De acordo com a Classificação da Agenda, proposta por Ribeiro (2008) para avaliar a categoria autonomia externa, a agenda do CMS deveria pautar-se, principalmente, por questões de caráter deliberativo. Deste modo, a agenda priorizaria temas com medidas formuladoras e reguladoras, caracterizando sua postura autônoma. Temas voltados para discutir políticas públicas, planejamento, planos municipais, programas de formação e qualificação de conselheiros, orçamento público, caracterizam assuntos de caráter autônomo do conselho. A ausência, ou parte, destes temas na pauta do CMS caracteriza um conselho com pouca autonomia para desempenhar suas ações.

A análise das atas e resoluções revelou que os temas discutidos nas reuniões, e que caracterizariam medidas formuladoras e reguladoras, ocuparam um percentual menor na pauta do conselho, ou seja, assuntos que visam debater orçamentos, planos e políticas públicas,

como programas estratégicos para serem implementados no município, não são priorizados pelo conselho. Esta análise configura um conselho com baixa autonomia externa.

Outra questão importante, que caracteriza limitação quanto à autonomia, é a construção da agenda das reuniões. Os conselheiros reconhecem que o CMS tem autonomia de elaborar sua pauta para discutir nas reuniões, mas comentam que os conselheiros não propõem as agendas. Um conselheiro diz que *“a agenda é feita pela SMS, pois tem necessidades de aprovar determinados projetos, relatórios e muitas reuniões se resumem em aprovar estes documentos”*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa, realizada com os membros do CMS de Três Passos, mostrou uma realidade diferenciada em relação à participação, organização e autonomia do conselho, quando da implantação do SUS no município e a fase atual do conselho. É unanimidade entre os conselheiros entrevistados que o processo inicial de organização comunitária em torno da construção do conselho foi intenso e motivador, por parte dos atores envolvidos na questão da saúde pública municipal. Os conflitos internos e externos da organização do conselho estiveram muito presentes, em função da novidade que estava sendo introduzida na cultura popular, no que diz respeito à participação e controle social, e, também, pela disputa entre diferentes interesses dos segmentos populares, privados e gestor público.

Algumas manifestações demonstraram os grandes desafios enfrentados no passado, com destaque para a falta de recursos para a saúde pública, a ausência de legislações que exigissem a aplicação orçamentária em investimentos em saúde preventiva e o acúmulo de denúncias de usuários, em relação ao abuso dos profissionais da saúde, que cobravam taxas por serviços médicos, modificaram a postura dos conselheiros.

Até a consolidação do Sistema de Saúde, o conselho recebia denúncias diariamente, fiscalizava os prestadores de serviço, negociava com os profissionais da saúde, o que demonstrava o entendimento e a segurança por parte dos conselheiros em relação à autonomia de suas ações. Decisões importantes, como o enfrentamento da crise, durante o descredenciamento dos médicos do Sistema de Saúde, e as exigências de investimentos públicos na implantação da clínica de pediatria e da UTI regional, credenciaram o CMS ao reconhecimento do trabalho realizado, tanto por parte da população, como pelos gestores e prestadores de serviço.

A preocupação, no passado, em manter um programa de rádio semanal durante dois anos, para divulgar as decisões e ações, demonstrava certa autonomia na gestão do conselho. Foi um instrumento importante na mobilização da sociedade e das lideranças comunitárias em defesa do SUS e que refletiu na participação maciça da sociedade nas reuniões dos Conselhos Comunitários e CMS.

Após duas décadas de muito trabalho, debates e aprendizados, o processo atual mostra um quadro com pouca motivação, fragilizado e com preocupação com o futuro. Consta-se a ausência de novos desafios, presença de conflitos, pouca participação da sociedade, falta de investimentos em formação e renovação de lideranças. Esta situação contrasta com a visão de alguns conselheiros sobre a relação de diálogo e parceria entre os usuários do SUS, gestor público e prestadores de serviços. Em vários depoimentos, fica claro que esta situação de “certa harmonia” é justificada pelas conquistas alcançadas pelas mobilizações populares e pressão social do passado e entendimento, de grande parte dos usuários, de que seus direitos constitucionais, hoje, no município, têm atendido suas expectativas.

Os avanços do SUS no município são fruto da mobilização social, articulação institucional e pressão política, por parte de conselheiros que acreditaram em um novo modelo de saúde pública voltada para o atendimento de toda a população, com a garantia da participação e controle social. Contribuem para os resultados as exigências da lei, que força o gestor a investir recursos em estrutura física, profissionais e prestação de contas, discutindo melhorias na saúde pública com o conselho e a comunidade.

Segundo depoimentos de conselheiros usuários do SUS, a relação é estável e com visão positiva da parceria. No passado, havia Secretário de Saúde que não atendia as demandas dos conselheiros. Hoje, há respeito do gestor para com o conselho. Alguns acreditam que a vivência do atual gestor como conselheiro, no passado, foi importante para sua compreensão da relação do CMS com o gestor. Ainda, que isso, hoje, demonstra claramente uma preocupação de garantir o diálogo e respeitar os encaminhamentos dos processos, através da apresentação da documentação dentro dos prazos e, principalmente, acatar as decisões e sugestões do conselho.

Com relação ao processo deliberativo do conselho e sua autonomia na tomada de decisão, a pesquisa levantou inúmeras contradições e diferentes entendimentos conceituais entre os segmentos representados no conselho. O segmento dos usuários é o mais experiente por ter atuado em várias gestões. Em função do conhecimento acumulado ao longo de duas décadas, principalmente por terem vivenciado momentos de intensa mobilização social, agendas de negociação e resolução de conflitos na construção do SUS, eles acreditam que sua atuação tem assegurado uma condição de autonomia.

Com relação aos prestadores de serviço, o entendimento é de que o conselho possui autonomia no seu processo deliberativo, mas reconhecem que a atuação dos conselheiros está distante da realidade, pois não conhecem os serviços disponíveis, a forma de gestão e não monitoram os investimentos em saúde pública. A afirmação de que o papel do conselho não pode estar limitado a aprovar pareceres e, sim, discutir a qualidade das políticas públicas de saúde no município, expõe os limites do processo deliberativo do conselho.

Na visão do gestor, que afirma que a autonomia do conselho está no processo democrático de suas decisões, que a maioria vence e que todos acatam a decisão do conselho, esta variável diz respeito aos mecanismos institucionais do conselho, que se caracterizam como categoria autônoma interna. De acordo com as resoluções, todas as decisões são por unanimidade. Será que por trás desta unanimidade não se esconde a falta de autonomia do próprio conselho? Para garantir autonomia não basta o processo democrático, pois é preciso analisar a relevância dos assuntos em pauta (variáveis que caracterizam a categoria autonomia externa). Outro ponto que ele expõe são as limitações do conselho, quando faz ressalvas, em relação à falta de qualificação técnica dos conselheiros, e diz que as decisões do conselho são respeitadas, mais em função do tempo e experiência dos conselheiros.

A autonomia plena é questionada por conselheiros. A falta de infraestrutura (categoria autonomia interna) adequada para o funcionamento do conselho está expressa pelo espaço utilizado. A estrutura física necessária para o funcionamento do conselho é um dos itens que caracterizam a categoria autonomia interna. A sala de reuniões do conselho fica dentro do prédio da prefeitura. O conselho não possui secretária (categoria autonomia interna) para fazer as agendas e contatos com conselheiros, e depende da disponibilidade dos servidores da SMS para realizar estas tarefas. Contribui, para a falta de autonomia, a necessidade de autorização (categoria autonomia interna) do gestor para fazer deslocamentos de conselheiros para participarem de reuniões no interior do município ou atuar na fiscalização. Mais, quando um conselheiro necessita participar de um evento fora dos limites da região, precisa solicitar autorização do gestor da saúde, mediante justificativa. Outra questão que aponta para a falta de autonomia do conselho é a falta de orçamento próprio (categoria autonomia interna). Esta situação reflete uma realidade de submissão. A ausência de recursos para realizar investimentos na aquisição de instrumentos de trabalho, de formação e capacitação demonstra uma relação de subordinação do conselho com o gestor.

Este estudo fez um recorte, em relação ao processo deliberativo do conselho e sua capacidade de atuar de forma autônoma. Através da pesquisa, foi possível fazer alguns levantamentos a respeito da falta de participação da comunidade nas reuniões do CMS. Algumas propostas colocam as conquistas dos direitos constitucionais da saúde como um dos motivos para a falta de participação do cidadão, porém, a ausência de participação e a falta de interesse de lideranças para com a saúde municipal podem ter vários motivos. Estas questões são percebidas por parte dos conselheiros e afirmam que o CMS enfraqueceu muito nos últimos anos.

Outro aspecto que necessita ser aprofundado é como exigir do conselheiro maior participação de seu papel como fiscalizador do SUS, principalmente no acompanhamento da saúde no município. Como monitorar o trabalho dos prestadores de serviço e do gestor local? Que tempo o conselheiro tem para participar de reuniões e de estar atualizado em relação às novidades da legislação na área da saúde? E mais, que tempo tem o conselheiro para fiscalizar contratos, convênios e o serviço prestado na área da saúde para a população? Qual o tempo de permanência no conselho? Será que um conselheiro que participa, por muitas gestões, tende a se acomodar e facilmente ser cooptado pelo gestor?

Após este estudo, o pesquisador conclui que o CMS do município de Três Passos não atende as variáveis da categoria autonomia externa no processo deliberativo, ou seja, o conselho não possui autonomia externa. Esta afirmação é fruto da análise dos depoimentos dos conselheiros, das atas e resoluções, da legislação, e da falta de prioridade aos temas relacionados à formulação e implementação de políticas públicas nas pautas do conselho.

A pesquisa reforça a falta de autonomia do CMS, identificando alguns indicadores que caracterizam a categoria autonomia interna e que não eram objeto da pesquisa, mas que apareceram nos depoimentos, como, por exemplo, o espaço físico para realizar as reuniões, que ocorrem nas dependências da Prefeitura Municipal, e a falta de orçamento próprio, que permitiria a formação dos conselheiros. Esta dependência impede que ampliem a qualificação técnica e ação fiscalizadora, comprometendo sua atuação e o futuro do conselho, por falta de capacidade e renovação.

De acordo com os critérios utilizados para analisar a existência de autonomia externa do conselho, as pautas discutidas nas reuniões do CMS, mostram evidências de que

sua elaboração é realizada pela SMS e que, muitas vezes, atendem aos seus interesses e dos prestadores de serviços.

Diante destas constatações, a pesquisa comprova que a atuação do CMS possui sérias limitações em relação ao seu processo deliberativo e a sua autonomia externa, que foi o objetivo deste estudo. A ausência deste caráter essencial à democracia demonstra os limites e as dificuldades de garantir um modelo de gestão pública que tem, na sua essência, a participação popular e o controle social como pilares.

É necessário rever, estudar e propor novas alternativas. O caminho é a formação e qualificação de novas lideranças, novos atores sociais, capazes de assumir a condição de cidadãos, com capacidade de interferir de forma autônoma nas estruturas do poder público, e o estímulo a cursos de formação, que poderiam reverter esta situação.

Ao concluir a pesquisa, sugere-se que algumas questões sejam estudadas com maior profundidade, com destaque para a falta de participação da comunidade local nas reuniões do CMS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *O SUS no seu município: garantindo saúde para todos*. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Orçamento e Planejamento. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva*. Brasília: MS, 2009d. (Série Cadernos de Planejamento, v. 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. *Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde*. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Orientações para conselheiros de Saúde*. Brasília, 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. 2.ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 208 p.

BRASIL. Conselho Estadual de Saúde. *Participação e cidadania para o exercício do controle social*. Goiânia: CES, 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Coletânea de Legislação do /Sistema Único de Saúde. 2ª Ed, 2010.

AVRITZER, Leonardo. **Teoria Democrática e deliberação pública**. In: Lua Nova: Revista de Cultura e Política, São Paulo: Cedec, n. 50, p.25-46, 2000.

BOBBIO, N (1986). **O Futuro da democracia**. São Paulo: Paz e Terra.

CABRAL, Bernardo. **O município e a cidadania**. Brasília: Senado Federal, 1996.

CLACINO, Luciene Monteiro. **A Efetividade Deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde de Sergipe**. 2010.47 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Curso de Especialização em Democracia Participativa. República e Movimentos Sociais, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG,2010.

GERSCHMAN, S. **Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares**. N. 1670. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6): 1670-1681, Nov-dez, 2004.

GOMES, Educaro Granha Magalhães. **Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Democracia, Controle Social e Instituições**. 113 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo da FGV/EAESP). São Paulo, SP, 2003.

HIRST, Paul. **A democracia representativa e seus limites**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

KLIKSBERG, B. **Como por em Prática a Participação? Algumas questões Estratégicas**. Cadernos FLEM VIII – Gestão Pública e Participação. P. 63-97. 1ª edição, dez 2005. 192 p.

PEREIRA, Márcio Florentino. **Experiência de Participação Pública nos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil**. VI Congresso Português de Sociologia. N. 788, p. 3-12. Jun. 2008.

PRESOTO, L.H & WESTPHAL, M.F. **A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertiooga – SP**. Saúde e Sociedade, v.14,n.1,p.68-77,jan-abr 2005.

SANTOS BS. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.

SANTOS BS, Avritzer L. **Introdução: para ampliar o cânone democrático**. In: Santos BS, organizador. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002. P. 39-82.

STRALEN, Cornelis Johannes van. **Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul**. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG. 2006. P. 621-632, 2006.

TATAGIBA. **Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas**. In: Dagnino, E. **Sociedade civil e espaço público no Brasil**. São Paulo; Paz e Terra, 2002, p. 47-103.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. **Gestão Pública e Cidadania: metodologias participativas em ação**. Cadernos Gestão Pública e Cidadania. Escola Brasileira de Administração Pública/FGV

TENÓRIO, Fernando Guilherme. **Desenvolvimento Local e Fortalecimento da Cidadania**. Ed. Unijuí-RS, 2007.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. M. **Participação popular, educação, saúde teoria e prática**. Rio de Janeiro.

Jornal AQUI HOJE – Edição nº 13, ANO I, 07.12.1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Idade:
2. Profissão:
3. Qual segmento representa junto ao Conselho Municipal de Saúde?
4. Há quanto tempo faz parte?
5. Como você vê a participação da sociedade no Conselho? Está bem representada? São questões diferentes.
6. Qual o seu entendimento sobre controle social?
7. Como é feito o controle social por parte do Conselho?
8. O controle social é efetivo no seu entendimento?
9. O Conselho toma decisões de acordo com as demandas e expectativas da sociedade?
10. Como acontece o processo de tomadas de decisão (análise de documentos, debates, votação)?
11. Os conselheiros tem autonomia para desempenhar suas atividades?
12. Quem define (elabora) a agenda das reuniões?
13. Os conselheiros sugerem assuntos para incluir na agenda das reuniões?
14. Quais são os assuntos discutidos nas reuniões?

APÊNDICE B

PERFIL DOS ENTREVISTADOS - Conselheiros do Conselho Municipal da Saúde de Três Passos entrevistados em abril e maio 2015.

ENTREVISTADO	PERFIL
ENTREVISTADO A	Ex-gestor do município. Envolvido no setor da saúde antes da formação dos Conselhos e da implantação do SUS
ENTREVISTADO B	Usuário do SUS, Líder sindical dos agricultores. Participou de todo o processo de implantação do SUS no município. Foi presidente do Conselho.
ENTREVISTADO C	Usuário do SUS, Líder sindical urbano. Participou de todo o processo de implantação do SUS no município e foi presidente do Conselho nas primeiras gestões.
ENTREVISTADO D	Usuário do SUS, agricultor, líder comunitário. Está atuando no Conselho há 15 anos.
ENTREVISTADO E	Usuário do SUS, morador urbano. Líder comunitário. Está atuando no Conselho desde o início. Participou de toda a mobilização local e esteve presente nas Conferências Nacionais e Estaduais. Foi presidente do Conselho.
ENTREVISTADO F	Usuário do SUS, agricultor. Líder comunitário. Atua no Conselho a 18 anos. Ex-presidente do Conselho.
ENTREVISTADO G	Usuário do SUS, Líder comunitário urbano, presidente da associação de Bairros. Foi presidente dos Conselhos Comunitários. Atua mais de 18 anos na organização dos Conselhos.
ENTREVISTADO H	Prestador de serviços, diretor do Hospital. Atua no Conselho a 32 meses.
ENTREVISTADO I	Gestor municipal. Foi membro do Conselho por 6 anos. É profissional da saúde.
ENTREVISTADO J	Profissional da saúde. Atuou na Câmara Técnica por 5 anos.