

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

GISELLY GIANINI PELEGRINI

**DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROGRAMA
NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE
DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE – PMAQ.**

Varginha/MG

2015

GISELLY GIANINI PELEGRINI

**DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROGRAMA
NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE
DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE – PMAQ.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas, *campus* Varginha. Área de Concentração: Gestão Pública e Sociedade
Orientadora: Maria Regina Martinez.

Varginha/MG

2015

Pelegri, Giselly Gianini.

Democracia e participação social no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica à Saúde - PMAQ / Giselly Gianini Pelegri. - 2015.

91 f. -

Orientadora: Maria Regina Martinez

Dissertação (mestrado em Gestão Pública e Sociedade) - Universidade Federal de Alfenas, *campus Varginha*, 2015.

Bibliografia.

1. Democracia. 2. Participação social. 3. Conselhos de saúde – Brasil. I. Martinez, Maria Regina. II. Título.

CDD: 361.25

GISELLY GIANINI PELEGRINI

**DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROGRAMA
NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE
DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE – PMAQ.**

A Banca Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas, *campus* Varginha. Área de concentração: Gestão Pública e Sociedade.

Aprovada em: 11 de Agosto de 2015.



Prof.^a Dr.^a Maria Regina Martinez

Assinatura:

Instituição: Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL.



Prof.^a Dr.^a Simone Albino da Silva

Assinatura:

Instituição: Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL.



Prof. Dr. Virgílio César da Silva e Oliveira

Assinatura:

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF.

Dedico a todas as pessoas que contribuem para o fortalecimento do SUS por meio da participação social na busca de uma melhor qualidade de vida para a nossa população brasileira.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, meu Senhor, pelas bênçãos e vitórias recebidas pelas suas mãos e pela força constante atribuída durante a elaboração desta dissertação e em todas as etapas do mestrado.

Aos meus pais Paulo e Isabel pelos ensinamentos e incentivo para continuar estudando.

Ao meu esposo Wellington, pelo incentivo cotidiano, compreensão e amor. E também pelos passeios com a nossa pequena nos finais de semana e feriado para que eu dedicasse às atividades do mestrado.

Às minhas filhas Gabrielly e Yasmin por fazer-me acreditar com que valesse a pena e pela grande compreensão ao tempo dedicada a esta pesquisa.

À Presidência da República pela sensibilidade e empenho ao garantir a expansão de cursos de Pós-Graduação no país.

À Universidade Federal de Alfenas pela concessão da Bolsa de Estudos que foi fundamental para garantir o cumprimento dos créditos nas disciplinas no primeiro ano do mestrado.

À minha orientadora Prof^ª Dr^ª Maria Regina Martinez pela valiosa orientação, pelos conhecimentos transmitidos e pela confiança.

Ao Prof. Dr. Luis Mafra por ter apresentado na disciplina “Políticas Públicas em interface com o Privado” uma parte da obra do sociólogo Prof. Boaventura de Sousa Santos, na qual me encantei e escolhi como referencial teórico.

À Secretaria do Programa na pessoa do Marcel que sempre nos atendeu com muita presteza.

Aos Professores Doutores Virgílio, Gustavo, Wesley e demais docentes que dedicam sua vida a formar bons profissionais. Meu agradecimento pelas valiosas contribuições e entusiasmo.

À minha caríssima amiga Izabela pelo apoio, incentivo e especialmente pela atenção nas nossas conversas telefônicas.

A todos os colegas do mestrado que de alguma forma incentivaram a conclusão desta importante etapa da minha vida.

À Secretária Geral do Município Sra. Rose Cunha, ao Prefeito Prof. Agnaldo Perugini e ao Dr. Luis Augusto Cardoso por todo apoio concedido.

E tudo o que pedirdes na oração, crendo, o receberéis.

(MATEUS, 21:11)

RESUMO

O desenvolvimento da redemocratização brasileira foi vigorosamente fomentado pelos movimentos populares de saúde, garantindo a participação da comunidade na Constituição Federal de 1988, por meio de conselhos de saúde paritários e deliberativos. O estudo propõe analisar a intensidade democrática de participação de um conselho municipal de saúde no que tange ao programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica à saúde (PMAQ) nos centros de saúde da família de um município sul mineiro. Como objetivos específicos pretende-se qualificar o perfil sócio econômico e participativo dos conselheiros municipais de saúde; caracterizar a organização e funcionamento do conselho municipal de saúde e identificar a percepção dos conselheiros em relação ao PMAQ. É uma pesquisa descritiva e explicativa com abordagem qualitativa a partir de um estudo de caso. O *corpus* da pesquisa se constituiu de entrevistas semiestruturadas com dezesseis conselheiros municipais de saúde. O percurso metodológico abarcou as premissas da análise temática de conteúdo de Laurence Bardin, mediante a sistematização dos dados qualitativos auferidos. A categorização e a análise alicerçaram-se nas teses sobre a democracia participativa discutidas nos pressupostos teóricos desenvolvidos pelo sociólogo Boaventura de Sousa Santos que advoga a emergência da renovação da teoria democrática hierarquizada de acordo com a intensidade dos processos de autoridade partilhada e da reciprocidade do reconhecimento.

Palavras-chave: Democracia. Participação Social. Conselho de Saúde. PMAQ.

ABSTRACT

The development of Brazilian redemocratization was vigorously fostered by popular movements of health, ensuring the community participation in the federal constitution of 1988, through parity and deliberative health councils. The study proposes to analyze the demographic intensity of participation of City Council health regarding the improvement program access and quality in primary care to health (PMAQ) in health centers of the family of a mining southern municipality. The specific objectives intended to qualify the economic profile and participatory member of the municipal health directors; characterize the organization and functioning of municipal health council and identify the perception of the directors in relation to PMAQ. It is a descriptive and explanatory research with qualitative approach from a case study. The *corpus* of the research is composed of semi-structured interviews with sixteen municipal health aldermen. The methodological route encompassed the premises of thematic content analysis of Laurence Bardin, by systematizing accrued qualitative data. The categorization and analysis is underpinned in the theses on participatory democracy discussed the theoretical assumptions developed by the sociologist Boaventura de Sousa Santos which advocates emergence of renewal of democratic theory hierarchical according to the intensity of shared authority procedures and the recognition and of reciprocity.

Key Words: Democracy. Social Participation. Health Council. PMAQ.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Fases do PMAQ.....	24
Figura 2	- Tipos e classificação das interfaces socioestatais, por periodicidade e tipo.....	29
Figura 3	- Distribuição da Renda Familiar média mensal por setor representativo.....	46
Quadro 1	- Arranjo das Categorias e subcategorias analíticas.....	42
Quadro 2	- Qualidades e Participação social no Espaço Social.....	53
Quadro 3	- Limitações da participação social no espaço do CMS.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Composição atual do Conselho Municipal de Saúde – 2015.....	44
Tabela 2	- Distribuição dos conselheiros por gênero/sexo - 2015.....	44
Tabela 3-	- Distribuição dos conselheiros por raça/cor – 2015.....	45
Tabela 4-	- Distribuição dos conselheiros por grau de instrução – 2015.....	45
Tabela 5-	- Distribuição dos conselheiros por faixa etária - 2015.....	46
Tabela 6	- Distribuição dos conselheiros por tempo de mandato - 2015.....	47
Tabela 7	- Distribuição dos conselheiros por frequência de atuação em outro setor - 2015.....	47
Tabela 8	- Distribuição dos conselheiros com participação em outros conselhos – 2015.....	47
Tabela 9	- Distribuição do interesse prioritário segundo os conselheiros - 2015...	48
Tabela 10	- Distribuição do grau de articulação entre os setores do conselho – 2015.....	48
Tabela 11	- Distribuição dos conselheiros conforme base de apoio do conselheiro – 2015.....	49
Tabela 12	- Distribuição dos quesitos em relação à influência da atuação do conselheiro – 2015.....	49
Figura 13	- Estruturas administrativas e organizacionais segundo os conselheiros – 2015.....	50
Tabela 14	- Percepção dos conselheiros em relação ao papel dos setores - 2015.....	50
Tabela 15	- Distribuição dos temas de pauta das reuniões do CMS, período nov. 2015.....	51
Tabela 16	- Distribuição dos conselheiros que conhecem o PMAQ - 2015.....	52
Tabela 17	- Distribuição da percepção dos conselheiros no que tange às fases do PMAQ -2015.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF	- Constituição Federal
CGR	- Colegiado de Gestão Regional
CIB	- Comissão Intergestores Bipartite
CIT	- Comissão Intergestores Tripartite
CMS	- Conselho Municipal de Saúde
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COSEMS	- Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
ESF	- Estratégia Saúde da Família
G	- Gestão
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
P	- Prestador de Serviço
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PECNE	- Programa Estruturador Cultivar, Nutrir e Educar
PMAQ	- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PSF	- Programa Saúde da Família
RCCA	- Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIACS	- Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SC	- Sociedade Civil
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SISPACTO	- Sistema de Pactuação
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde Trabalhador
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	- Unidade Básica de Saúde
VISA	- Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	15
2	ESTADO, SOCIEDADE E SUAS INTERLOCUÇÕES NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	19
2.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DA REFORMA SANITÁRIA AO PMAQ.....	19
2.2	O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	27
3	PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DEMOCRACIA: CONCEPÇÕES E ALTERNATIVAS	32
3.1	DEMOCRACIA LIBERAL-REPRESENTATIVA: A CONCEPÇÃO HEGEMÔNICA.....	32
3.2	DEMOCRACIA PARTICIPATIVA: A CONCEPÇÃO CONTRA HEGEMÔNICA.....	35
4	O PERCURSO METODOLÓGICO	38
4.1	CENÁRIO DE ESTUDO	38
4.2	COLETA DE DADOS	39
4.3	ANÁLISE DOS DADOS.....	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	43
5.1.1	Perfil sócio econômico e participação dos conselheiros.....	43
5.1.2	Atuação dos conselheiros.....	48
5.1.3	Funcionamento do conselho.....	49
5.1.4	PMAQ.....	52
5.1.5	Categoria analítica: alta intensidade democrática.....	53
5.1.5.1	<i>Subcategoria: Formalidade</i>	54
5.1.5.2	<i>Subcategoria: Coletividade</i>	56
5.1.5.3	<i>Subcategoria: Diálogo</i>	57
5.1.6	Categoria analítica: baixa intensidade democrática.....	58
5.1.6.1	<i>Subcategoria: Imprevidência</i>	59
5.1.6.2	<i>Subcategoria: Não coletividade</i>	62
5.1.6.3	<i>Subcategoria: Personalização</i>	63
5.2	DISCUSSÃO.....	64

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICES	75
	ANEXOS	91

1 APRESENTAÇÃO

O processo de redemocratização brasileiro foi fortemente impulsionado por movimentos sociais que lutaram por novos direitos e pela democratização das relações entre o Estado e a sociedade, suscitando a gênese do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Nesse sentido, Cunha (2007) enfatiza que tal movimento veiculou reivindicações na busca de uma nova política de saúde no país com garantia de maior participação da sociedade na formulação das políticas públicas e no controle social sobre as ações do Estado. A relutância de todo esse clamor popular garantiu uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição Federal de 1988 – a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstrando que a ampliação do envolvimento dos cidadãos antes excluídos da política advém o prolongamento da democracia com ênfase das necessidades da coletividade.

A operacionalização e consolidação do SUS garantidas no ordenamento jurídico por meio de uma legislação pertinente nortearam os municípios no processo de implantação do sistema público de saúde, visando assegurar acesso integral e universal para toda a população do país. A orientação adveio com a publicação de Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais de Assistência à Saúde. Entretanto, de forma a sublimar as responsabilidades sanitárias os gestores de saúde declararam o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde no ano de 2006. O referido pacto abarcou três componentes: o pacto pela vida, o pacto em defesa do SUS e o pacto de gestão.

As diretrizes e as responsabilidades sanitária das instâncias gestoras do SUS, dentre elas, a participação e o controle social foi expressa no Pacto de Gestão. O compromisso em fortalecer o sistema de saúde como política de Estado foi declarado no Pacto em defesa do SUS. O Pacto pela Vida explicitou o acordo entre os gestores do SUS em torno de um conjunto de compromissos sanitários, destacando-se o fortalecimento da atenção básica por meio do propósito de consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família. Nesse sentido, publicaram-se duas edições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como sociedade civil, trabalhadores e gestores das três esferas (nacional, estadual e municipal) de governo. Para corroborar com a ampliação do acesso e a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população, o Ministério da Saúde por meio do Departamento de Atenção Básica instituiu um programa amparado por um padrão de qualidade comparado em todos os níveis governamentais na busca de favorecer maior

transparência e efetividade das ações - o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica à Saúde (PMAQ).

O acompanhamento e avaliação dos aspectos de execução física e financeira do PMAQ devem ocorrer por meio de um debate constante e aprofundado no conselho municipal de saúde. O referido conselho é o modelo de participação democrática proposto na saúde pública brasileira com o engendramento da participação social abalizado na Constituição Federal de 1988 e Lei 8.142 de 1990. Os conselhos municipais de saúde, considerados um marco histórico pelo seu caráter democrático, são órgãos permanentes e deliberativos que contemplam em sua composição representante da sociedade civil, dos trabalhadores, dos gestores e dos prestadores de serviço de saúde que participam da gestão das Políticas Públicas do SUS.

A configuração hegemônica do debate democrático conjectura os mecanismos de representação e desconsidera as formas societárias de participação social. Nesse sentido, os pressupostos teóricos desenvolvidos pelo professor Boaventura de Sousa Santos alvitram a necessidade de articular os modelos de democracia representativa e participativa, categorizando a intensidade democrática. A democracia categorizada segundo a intensidade dos processos de autoridade partilhada e da reciprocidade do reconhecimento é apresentada por Santos (2008) que advoga que devemos distinguir entre democracia de alta intensidade e democracia de baixa intensidade.

A democracia de baixa intensidade aparece de várias formas, entre elas a banalização das diferenças políticas e a personalização das lideranças; a privatização dos processos eleitorais pelo financiamento das campanhas; a mediação da política; a distância entre representantes e representados e o aumento do abstencionismo e da corrupção política. A democracia de alta intensidade como forma contra hegemônica de democracia, com ampliação dos espaços políticos e modelo de participação democrática e cidadã vai além da repartição de informações, da simples consulta ou do assessoramento, ela busca identificar e transformar relações de poder assimétricas ou impositivas em uma relação horizontal entre os cidadãos.

As perguntas norteadoras da pesquisa são: O conselho municipal de saúde fomenta a participação social por meio da democracia de alta intensidade? Como os conselheiros entendem a ampliação do acesso e da qualidade na atenção básica à saúde?

A partir dessas considerações, a pesquisa pretende analisar a intensidade democrática da participação do conselho municipal de saúde no que tange ao PMAQ nos centros de saúde da família do município.

Os seus objetivos específicos são: qualificar o perfil sócio econômico e participativo dos conselheiros municipais de saúde; caracterizar a organização e funcionamento do conselho municipal de saúde e identificar a percepção dos conselheiros em relação ao PMAQ considerando a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

A hipótese que servirá como guia para a pesquisa é a afirmativa de que o conselho municipal de saúde como campo político cidadão na luta pela ampliação do acesso e da qualidade na atenção básica à saúde no processo de implementação do PMAQ é caracterizado como de alta intensidade democrática.

A trajetória pessoal da pesquisadora na área de saúde pública contribui para o delineamento do estudo, visto que atuou por aproximadamente cinco anos como conselheira municipal de saúde representando a gestão do SUS local. Também atuou como servidora da estratégia saúde da família (2003-2007) e desde então vem atuando na área de gestão do SUS. Nesse sentido, a vivência com as diversas particularidades da saúde despertou um enorme interesse em compreender academicamente o fenômeno da participação social nas políticas públicas de saúde. Considerando que o sistema único de saúde é composto por uma rede de atenção à saúde que agrega diversas políticas públicas e a motivação da pesquisadora em contribuir para o fortalecimento da atenção básica à saúde optou-se por escolher o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica à Saúde para permitir um recorte temporal na coleta de dados. E também porque o referido programa considera a importância do controle social na saúde pública brasileira, devendo assim ser pauta constante no conselho de saúde do município que o aderiu.

O conselho municipal de saúde é uma instância de participação social onde os cidadãos se colocam no centro da teia decisória e avaliativa das Políticas de Saúde, cobrando do Estado o seu papel de instrumentalizador das políticas sociais no interesse da coletividade. O estudo se justifica porque urge a necessidade de analisar mais profundamente a intensidade democrática do conselho municipal de saúde, considerando que o controle social pela população é fundamental para a consolidação da reorientação do modelo de atenção com enfoque na atenção básica consoante às necessidades de saúde. É necessária uma observação sistemática e científica, pois esses conselhos atraem o interesse de diferentes pesquisadores pelo reconhecimento do seu potencial de maior democratização dentro dos estados burocratizados (COSTA, 2002).

Nesse sentido, salienta-se que esta pesquisa se encontra perfilada à área de concentração do Programa de Pós Graduação em Gestão Pública e Sociedade, Linha de Pesquisa Gestão, Instituições e Políticas Públicas, visto que o objeto de estudo é composto por

conselheiros municipais de saúde representantes de instituições da sociedade civil, dos trabalhadores, do governo e de prestadores de serviço de saúde que atuam na formulação e no controle da Política Municipal de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, no âmbito dos setores público e privado. O Conselho Municipal de Saúde foi escolhido, pois é no município que as situações, de fato, acontecem. É no município que o cidadão nasce, vive e constrói sua história. É aí que o cidadão fiscaliza e exercita o controle social (BRASIL, 1995).

A escolha pela utilização dos pressupostos teóricos desenvolvidos pelo professor Boaventura de Sousa Santos ocorreu após o contato com sua teoria na disciplina “Políticas Públicas em interface com o Privado” do programa do mestrado. O autor se dedica a estudar o fenômeno da participação social e contribui teoricamente por meio de uma posição militante em favor de um projeto pluralista que destaca a importância da articulação de um conjunto de saberes, ações, instrumentos e recursos que fazem parte da política pública qualificada numa participação ampla e representativa das necessidades da comunidade. Sua biografia aponta trabalhos publicados sobre globalização, sociologia, epistemologia, democracia e direitos humanos e é considerado um dos mais expressivos pensadores que se dedicam a trabalhar o conceito de democracia para debater a participação social no Brasil e na América Latina. Nesse sentido, o sociólogo enfatizou no colóquio Inter conselhos, um encontro com mais de 35 conselhos nacionais representando diversos setores de todo o país, que os conselhos estão à frente dessa luta e comunicou que está preparando uma pesquisa sobre a atuação dos conselhos nacionais do Brasil, pois “trata-se de uma forma inovadora da reforma democrática do Estado” (BRASIL, 2012, p.18).

Visando congregar elementos para abordar satisfatoriamente esses pontos, a pesquisa está organizada em quatro capítulos. No primeiro capítulo, apresenta-se a contextualização sobre o Estado a sociedade e suas interlocuções na Saúde Pública Brasileira. No segundo capítulo, encontram-se as referências teóricas do estudo, elaboradas a partir de reflexões sobre as concepções e alternativas democráticas. O terceiro capítulo descreve o percurso metodológico da pesquisa. No quarto capítulo apresentam-se os resultados e a discussão. As considerações finais sintetizam as perspectivas do estudo.

2 ESTADO, SOCIEDADE E SUAS INTERLOCUÇÕES NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.

Nesse capítulo encontram-se as abordagens das interseções existentes entre Estado e sociedade brasileira nos processos públicos de tomada de decisão, numa concepção de governo que confere relevância ao papel da sociedade como partícipe da construção, direcionamento e monitoramento de políticas públicas. O texto apresenta contextualização histórica desde a reforma sanitária brasileira perpassando pela construção do SUS com ênfase nas disposições da Constituição federal de 1988. Enfatiza-se ainda o arcabouço legal por meio das normas operacionais e assistenciais, Pacto pela Saúde, Política Nacional de Atenção Básica até a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica à Saúde – PMAQ. Ao final serão abordadas questões pertinentes ao Conselho Municipal de Saúde destacando-se a criação, o funcionamento, bem como as atribuições dos conselheiros que são objeto desta dissertação.

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DA REFORMA SANITÁRIA AO PMAQ

No início dos anos de 1980, a exacerbação das necessidades sociais e a revolta da população com o regime da ditadura provocaram a gênese de vários movimentos populares no país que denunciavam de maneira crescente sobre a situação pandemônica da saúde pública no país. Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde conjuntamente com a comunidade acadêmica, debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias, a degradação da qualidade de vida do povo e lutavam pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões inerentes à democracia (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). O movimento pela transformação do setor de saúde aglutina-se com outros movimentos sociais, elegendo como meta prioritária a reformulação de um sistema de saúde com abrangência universal. No caso da saúde brasileira, Carvalho (1986) afirma que assumir-se como sujeitos de sua própria vida — "ser dono de sua saúde e participante de sua cura" implica, para os movimentos, participar especificamente, no planejamento, gestão e avaliação de ações de saúde, especialmente a nível local.

A luta convulsionada entre movimentos sociais e os representantes da iniciativa privada e dos poderes constituídos começa a ser demarcada por processos de diálogo que foram instaurados entre a sociedade civil organizada e os representantes políticos durante a Constituinte Nacional. De acordo com Fuhr (2013) este diálogo intenso revigorou a

ocorrência de um evento na área da saúde que até então era apática aos representantes da sociedade civil organizada e aos atores sociais do Movimento Sanitário: as Conferências de Saúde. Nesse sentido o referido movimento pode ser definido da seguinte maneira:

[...] refere a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 1989, p .39).

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura e a expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde brasileira. Nesse sentido, o movimento lutou pela garantia de direitos sociais em busca da melhoria das condições de vida da população, ressaltando que essas mudanças não abarcavam apenas o sistema de saúde. No ano de 1986 o Presidente da República convocou a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), um marco na história do país, que aglomerou aproximadamente quatro mil representantes da sociedade civil. A questão fundamental que mobilizou os participantes foi a natureza do novo sistema de saúde: a ideia de estatização fora recusada e após consenso manteve-se a proposta do fortalecimento e da expansão do setor público. A comissão relatora afirma que o documento aprovado na plenária final da VIII CNS espelha fielmente o momento político materializado, ressaltando que o mesmo norteou os debates na Assembleia Nacional Constituinte a partir da definição de um conceito amplo de saúde que considera as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, o Brasil experimentou um momento único na história da saúde no país, onde foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com as reivindicações advindas da Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde. O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na CF, constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob uma gestão pública, organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e com atuação em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo e com a garantia da participação social. É uma estrutura que atua conjuntamente na promoção dos direitos básicos de cidadania e regido pelos seguintes princípios doutrinários: universalização do acesso, equidade, integralidade nos serviços e ações de saúde. Insere-se no contexto das

políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social. Cabe memorar que anteriormente ao SUS apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e seus dependentes se beneficiavam de assistência médico-hospitalar, sendo que o Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias.

O novo arcabouço jurídico garantiu uma legislação pertinente às condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços por meio da Lei n. 8.080 de 19 de Setembro de 1990, que também define os princípios para orientar as ações e os serviços de saúde. A orientação para operacionalização e consolidação do SUS ocorre por meio de Normas Operacionais Básicas que definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS. Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96). Em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01) que foi revista e publicada em 2002 (BRASIL, 2003).

Com propósito de fortalecer o SUS, as referidas normas garantiram avanços ao considerar a regulamentação do processo de descentralização por meio de responsabilidades político-administrativas nas três esferas de governo: nacional, estadual e municipal. Nesse sentido, novas formas de relação entre os gestores de saúde foram desenvolvidas favorecendo a criação das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) devido à necessidade de articulação entre os entes estaduais e municipais para propiciar serviços de saúde de qualidade para a população. Entretanto, apesar dos esforços na implementação das normas observa-se certo descompasso no processo, com variação na evolução na organização e fortalecimento da capacidade de gestão do SUS nos Estados e municípios, despontou a necessidade de uma nova estratégia de operacionalização para a consolidação do sistema de saúde e fortalecimento da participação social: o pacto pela saúde.

Com base nos princípios constitucionais, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde no ano de 2006, com ênfase nas necessidades de saúde da população de forma a aperfeiçoar e definir responsabilidades sanitárias por meio de três componentes: o pacto pela vida, o pacto em defesa do SUS e o pacto de gestão.

O Pacto de Gestão contempla as diretrizes e a responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS, dentre elas, a participação e o controle social. Nesse sentido seguem expressas as seguintes atribuições: apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que estes possam exercer plenamente os seus papéis; exercer o processo de formação dos conselheiros; estimular a participação dos cidadãos na avaliação dos serviços de saúde; apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS; apoiar a implantação e a implementação de ouvidorias nos municípios e nos estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, e apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do Pacto (BRASIL, 2006).

O Pacto em Defesa do SUS expressa o compromisso entre os gestores com o desenvolvimento e a articulação de ações concretas no sentido de reforçar o sistema de saúde como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira (BRASIL, 2006).

O Pacto pela vida expressa o compromisso entre os gestores do SUS em torno de um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Dentre as prioridades pactuadas, destaca-se o fortalecimento da atenção básica por meio do propósito de consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Nesse sentido, a principal estratégia do governo ao enfatizar e garantir prioridade ao atendimento básico em saúde se consolida com a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica, por meio da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais

assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

Com a segunda edição da Política Nacional de Atenção Básica, estabeleceu-se a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica no Brasil. Assim, o Ministério da Saúde passa a considerar o PSF, não mais como programa e sim como estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no país. A Estratégia Saúde da Família representa para o SUS, uma oportunidade de expandir o acesso para a população, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção básica de saúde, de facilitar a regionalização pactuada entre os municípios e de coordenar a integralidades. Em 2012, com a expansão de 33.434 equipes, em 95,2% dos municípios brasileiros pela Estratégia Saúde da Família, e, após quase vinte anos de implantação, fez-se necessário priorizar iniciativas com vistas a sua qualificação (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde por meio do Departamento de Atenção Básica do (DAB/SAS/MS) tem desenvolvido várias iniciativas focalizadas na qualificação da atenção básica, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ-AB que foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e foi resultado do processo de negociação e pactuação entre as três esferas de gestão do SUS: O Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (BRASIL, 2011b).

O PMAQ é um componente da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujo sucesso está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente. Depende fundamentalmente do fomento de espaços de diálogo/problematização/negociação/gestão da mudança entre equipes, gestores e usuários, com potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012, p. 2).

O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com a busca contínua de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde. São sete as diretrizes estruturadas pelo Ministério da Saúde, com a participação dos gestores estaduais e municipais, que norteiam a organização e o desenvolvimento do programa:

I - Possuir parâmetro entre as equipes da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde; II - Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade; III - Ser transparente em todas as suas etapas; IV - Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; V - Desenvolver cultura de negociação e contratualização; VI - Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; VII - Ter caráter voluntário para a adesão (BRASIL, 2011b).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, conforme descrito a seguir. A primeira fase consiste na adesão ao programa, e a segunda se organiza em quatro dimensões: autoavaliação; educação permanente, apoio institucional e monitoramento. A terceira fase corresponde à avaliação externa e a quarta é constituída por um processo de pactuação, após definição de padrões e indicadores de qualidade a serem acompanhados. Assim, as fases configuram-se em um ciclo contínuo, conforme figura a seguir.

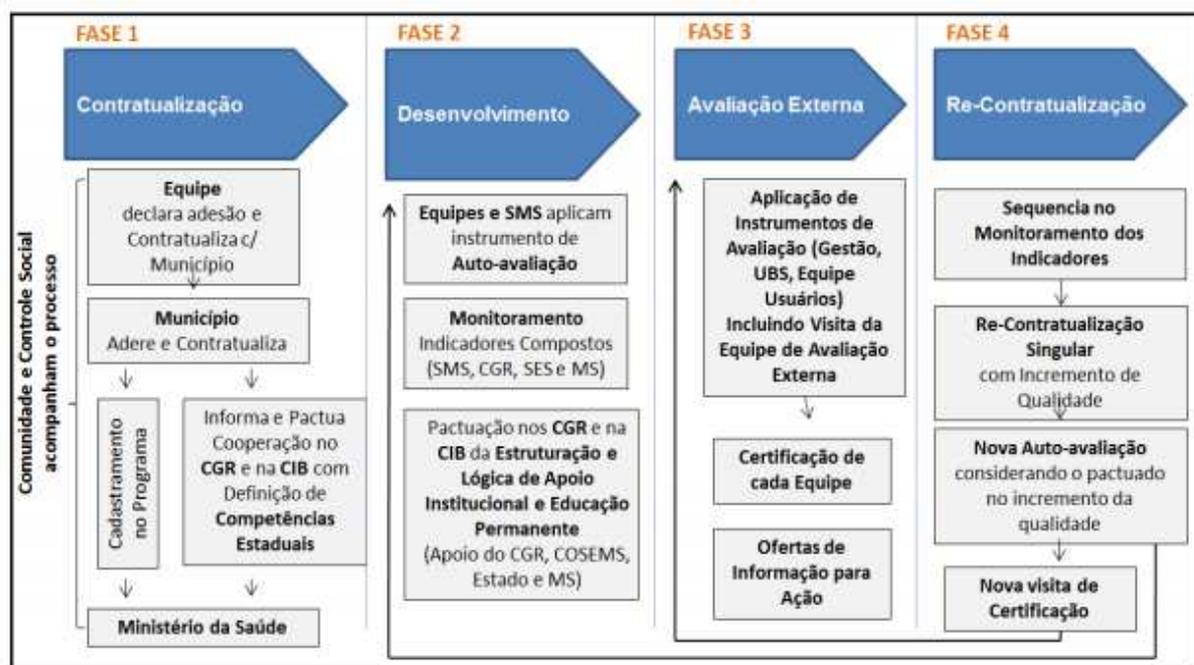


Figura 1- Fases do PMAQ

Fonte: BRASIL (2011b).

Na etapa de contratualização no sistema de adesão ao PMAQ, os municípios e as equipes assumem compromissos voltados para a melhoria do acesso e qualidade no âmbito da atenção básica e, ao mesmo tempo, de forma compartilhada, compromissos e ações voltadas para melhoria à saúde da mulher e criança, ações de controle do Tabagismo e de ampliação de redes de conectividade em Unidades Básicas de Saúde. Dentre os compromissos das equipes de atenção básica destaca-se: organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica previstos no PMAQ e na PNAB; implementar os processos de acolhimento à demanda espontânea para a ampliação, facilitação e qualificação do acesso; programar e implementar atividades, com a priorização dos indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade e instituir espaços regulares para a discussão do processo de trabalho da equipe e para a construção e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares. Quanto aos compromissos do município destaca-se: garantir oferta mínima de ações de saúde para a população, realizar pactuação com os profissionais da(s) equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF para contratualizar a participação no PMAQ; realizar ações de Educação Permanente os servidores; implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no município e utilizar os resultados dos indicadores e da avaliação externa para auxiliar na pactuação de prioridades de investimentos para melhoria da qualidade na Atenção Básica (BRASIL, 2011b).

A autoavaliação é o ponto de partida da fase de desenvolvimento, é um dispositivo que pretende provocar na equipe a constituição de um grupo sujeito da mudança e da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação. Nesse sentido, o PMAQ busca contribuir para a superação do caráter punitivo da avaliação.

O monitoramento consiste de análise dos resultados nos indicadores de saúde e padrões de qualidade, para um diagnóstico de prioridades de educação permanente, apoio institucional e programação e contratualização de ações para a melhoria dos processos de trabalho. O desempenho das equipes para o conjunto de indicadores contratualizados irá compor uma parte do desempenho final da equipe para a certificação.

A terceira etapa ocorre por meio da avaliação externa, onde um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pelas Instituições de Ensino Superior aplica instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. Observações de infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, entrevista com profissionais das equipes participantes, entrevista com

usuários e verificação de documentos e de informações inseridas previamente no módulo eletrônico fazem parte do roteiro dos avaliadores externos (BRASIL, 2011b).

A quarta fase constitui o processo de recontratação que deve ocorrer após a certificação da Equipe. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratação de indicadores e compromissos é realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo Programa.

A Secretaria de Saúde do município estudado aderiu ao PMAQ no ano de 2011. Em 30 de agosto de 2012 na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi anunciada a certificação de dez equipes no âmbito do PMAQ entre os primeiros municípios do país. Nesse contexto, a implantação do PMAQ possibilitou ao município criar o prêmio variável de qualidade aos servidores da equipe mínima da estratégia saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) por meio de ato normativo específico (Lei ordinária nº 5.489 de 12 de agosto de 2014). O valor do incentivo financeiro é de vinte por cento do valor total do repasse do governo federal e está vinculado ao resultado da certificação oficial pelo Ministério da Saúde. Vale ressaltar que o incentivo ocorrerá por meio do rateio em partes iguais entre os servidores das equipes. Atualmente, há vinte e uma equipes de saúde da família certificadas no segundo ciclo do PMAQ.

No fluxo de adesão municipal está previsto que o conselho municipal de saúde seja informado sobre o PMAQ, com vistas à adesão e contratação. Cabe ressaltar que o debate aprofundado, o acompanhamento e avaliação dos aspectos de execução física e financeira do programa é fundamental/estratégico que seja pauta constante no conselho de saúde.

Desde a promulgação da Constituição, cidadãos e sociedade civil organizada passam a ter direito de participar em discussões e processos decisórios relacionados ao Estado brasileiro. Com isso, os cidadãos são potencialmente capazes de serem corresponsáveis pela gestão pública e, ao mesmo tempo, consolidarem o poder popular (AZEVEDO, 2005). Nesse sentido, a seguir será abordada a importância do conselho de saúde como participação democrática e cidadã nas políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

A primeira fundamentação legal se encontra disposta no art. 198 da Constituição Federal de 1988 onde se estabelece a participação da comunidade como uma das diretrizes do SUS visando o acompanhamento nas ações dos serviços de saúde de acordo com as necessidades da população. A Lei 8.142 de 28/12/1990 define sobre essa participação na gestão do SUS e engendra os Conselhos de Saúde que buscam participar da discussão das políticas de saúde, tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura. É nesse espaço que a sociedade civil, os trabalhadores, os gestores e os prestadores de serviço de saúde manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades. Em seu parágrafo 2º, a Lei n. 8.142/90 define:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 1998).

No Brasil há uma miríade de desenhos e formatos que suscitam contato entre Estado e sociedade em questões diversificadas. Um exemplo são os conselhos gestores que estão presentes em todos os níveis de governo (municipal, estadual e federal), funcionam com regularidade, abrangem diversas temáticas em políticas públicas e, por fim, têm por público-alvo toda a sociedade. As conferências temáticas tendem a seguir o mesmo padrão, ainda que contando com diferenciações importantes, especialmente nos quesitos espacialidade. Os conselhos podem contribuir para a democratização da gestão pública, a ampliação quantitativa e qualitativa da participação, a condução coletiva de políticas sociais, a responsabilização de governantes (*accountability*), o controle social pró-ativo e para o intercâmbio de informações entre população e poder local (OLIVEIRA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2010).

A instituição e expansão dos conselhos municipais têm como orientação central o aumento da participação direta da sociedade na gestão municipal e da eficiência das políticas públicas, uma nova arena política administrativa reconfigurando os processos decisórios e a capacidade da sociedade de controlar a utilização dos recursos públicos, e ainda, a tomada de decisões mais democráticas de distribuição do bem-estar social (SANTOS JÚNIOR *et al*, 2004). Nesse sentido, Gohn (2005) advoga que os espaços institucionalizados de participação

social na administração pública constituem-se em importantes canais para fomentar a efetiva participação da sociedade civil na construção de formas inovadoras de gestão pública, incorporando forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e suas necessidades.

O atual governo brasileiro, mandato 2015-2018, tem sustentado uma proposta de “participação social como método de gestão”, coroando e acelerando ainda mais um processo iniciado décadas atrás de institucionalização e desenvolvimento de instâncias como Conselhos Gestores de Políticas Públicas e Conferências Temáticas. Mais recentemente, diversos outros fóruns públicos e canais de interlocução Estado-sociedade, como audiências e consultas públicas, mesas de negociação e ouvidorias, entre outros, têm sido criados e, principalmente, fortalecidos, no âmbito do planejamento e execução de programas federais. Para Isunza e Hevia (2006) estes fóruns e canais de interlocução teriam o potencial de promover maior inclusão, bem como maior racionalização de recursos, em face da adoção de métodos de consulta àqueles próprios indivíduos, grupos e entidades impactados por decisões eventualmente tomadas. O adensamento das redes e canais entre Estado e sociedade tenderia a carregar em seu bojo o pressuposto sugerido de que a um maior número de canais de interlocução poderia corresponder certo aumento nos graus de responsividade e *accountability* dos processos de tomada de decisão dos programas desenvolvidos e, por consequência, incremento de suas respectivas eficiência e eficácia.

Os pesquisadores Pires e Vaz (2012) realizaram uma análise dos tipos de instâncias que suscitam diálogo entre Estado e sociedade em questões diversificadas, onde identificou que os conselhos gestores são canais que estão presentes em todos os níveis de governo (municipal, estadual e federal), funcionam com regularidade, abrangem diversas temáticas em políticas públicas e, por fim, têm por público-alvo toda a sociedade, já que debatem diretrizes em políticas públicas gerais. As conferências temáticas tendem a seguir o mesmo padrão. No caso da reunião com grupos de interesse, como as mesas de negociação, observou-se que estão presentes apenas no nível de governo federal e a regularidade de seu funcionamento pode variar em função dos acordos estabelecidos entre os agentes do Estado e da sociedade. O que se constata, portanto, é uma variação significativa das interfaces socioestatais tanto em termos de periodicidade e concretização das interseções Estado e sociedade, quanto em termos de tipo de inclusão promovida, congregando não apenas o volume de inclusão, mas também o tipo de público-alvo envolvido nas negociações. Logo, os autores correlacionaram esses desenhos num esquema cartesiano, cujo eixo vertical expresse a periodicidade da interface e o eixo horizontal expresse o tipo de inclusão, conforme demonstrado na figura 2.

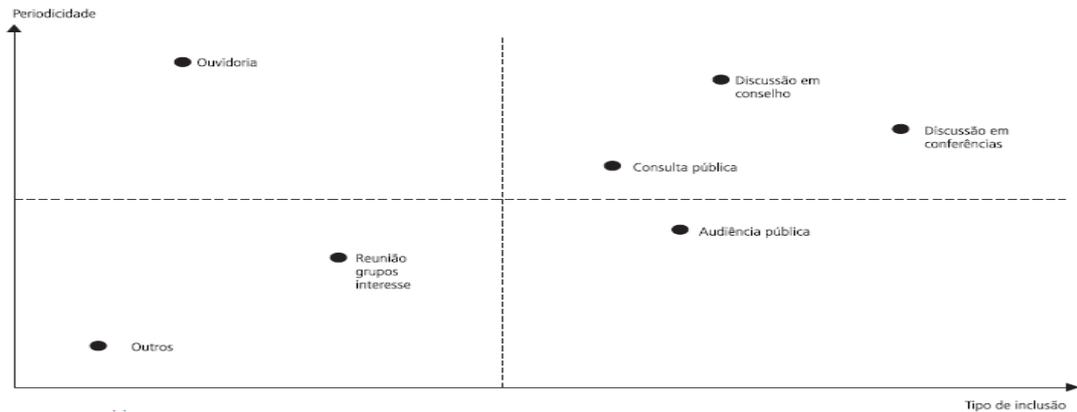


Figura 2 - Tipos e classificação das interfaces socioestatais, por periodicidade e tipo de Inclusão promovida. Fonte: PIRES & VAZ (2012).

Os conselhos municipais de saúde são uma realidade no arcabouço institucional brasileiro, como aponta o portal ParticipaNetSUS16, em 17 anos (1990 - 2007) foram criados em 5.564 municípios, somando um contingente de cerca de 72.000 conselheiros titulares na totalidade dos municípios do Brasil (MOREIRA; ESCOREL, 2008). A magnitude e expressividade destas instâncias no setor saúde despertam o interesse de estudiosos sobre o assunto.

Os cidadãos se colocam no centro da teia decisória e avaliadora das Políticas de Saúde, cobrando do Estado o seu papel de instrumentalizador das políticas sociais no interesse da coletividade. Os conselhos de saúde são, portanto, instâncias de articulação política das demandas sociais a partir da cidadania organizada (TAKAMATSU, 1996).

Os conselhos municipais de saúde são órgãos permanentes e deliberativos com representantes assim distribuídos: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2012a). Eles atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

As competências dos Conselhos Municipais de Saúde estão definidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das conferências de saúde e especialmente expressas na resolução nº 453 de dezembro de 2012 do conselho nacional de saúde, quais sejam:

- a) Fortalecer a Participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;
- b) Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;

- c) Discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;
- d) Definir diretrizes para elaboração e proceder à revisão periódica do plano de saúde e anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;
- e) Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados;
- f) Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo;
- g) Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS;
- h) Avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios e acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;
- i) Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes; propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos; fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde; analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento;
- j) Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo e examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades;
- k) Estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde;
- l) Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;
- m) Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);
- n) Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;
- o) Deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS

- p) Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos;
- q) Acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas aprovadas pelo CNS;
- r) Deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS;
- s) Acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde ;
- t) Atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

É nesse sentido que vale ressaltar que o estudo das representações sociais se articula com as práticas de participação democrática e de controle social e se tornam um elemento essencial para compreender como os indivíduos e seus grupos têm construído um processo de adaptação cotidiana às novas demandas na ação política diante de um contexto social e ideológico, no que refere aos conselheiros municipais de saúde.

3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DEMOCRACIA: CONCEPÇÕES E ALTERNATIVAS

O debate sobre a democracia foi abalizado por meio de concepções hegemônicas e contra hegemônicas¹ de forma complexa e dinâmica. Nesse sentido Manin (1995) esclarece que a forma hegemônica de democracia concebia a solução elitista liberal com a consequente supervalorização do papel dos mecanismos de representação, desconsiderando a combinação com mecanismos societários de participação. Entretanto, a expansão global da democracia representativa gerou uma crise com uma dupla carga patológica: a patologia da participação, em virtude do aumento dramático do abstencionismo e a patologia da representação, devido o fato dos cidadãos se considerarem cada vez menos representados por aqueles que elegeram. Em complementariedade ao modelo democrático representativo foi proposto um itinerário contra hegemônico, focalizado na participação popular.

3.1 DEMOCRACIA LIBERAL-REPRESENTATIVA: A CONCEPÇÃO HEGEMÔNICA

A concepção liberal de democracia se constitui como hegemônica na grande maioria dos países ocidentais. Este modelo está estruturado a partir de valores individuais e procedimentos formais com o intuito de estabelecer processos de tomada de decisão e regras de convivência político-partidárias, conforme apresentado por Bobbio (1986):

Afirmo preliminarmente que o único modo de se chegar a um acordo quando se fala de democracia, entendida como contraposta a todas as formas de governo autocrático, é o de considerá-la caracterizada por um conjunto de regras (primárias ou fundamentais) que estabelecem quem está autorizado a tomar as decisões coletivas e com quais procedimentos (BOBBIO, 1986, p. 30).

Visando analisar criticamente o modelo hegemônico da democracia liberal-representativa, Santos (2002) estabelece elementos fundamentais: a relação entre procedimento e forma e a inevitabilidade da representação nas democracias de grande escala. Quanto ao procedimentalismo e a forma, destaca-se a definição de democracia como de um conjunto de regras para a formação de maiorias, entre as quais valeria a pena destacar o peso

¹ Entende-se a concepção de hegemonia como a capacidade econômica, política, moral e intelectual de estabelecer uma direção dominante na forma de abordagem de uma determinada questão, no caso a democracia. Entende-se também que o processo hegemônico produz contra hegemonia no interior do qual são elaboradas formas econômicas, morais e políticas alternativas (SANTOS, 2002).

igual dos votos e a ausência de distinções econômicas, sociais, religiosas e étnicas na constituição do eleitorado (BOBBIO, 1979).

Nesse sentido, Dahl (2009) ampliou e completou a definição da democracia por meio da abordagem das poliarquias, revelando que para que o princípio de contestação do poder esteja assegurado é também indispensável que condições específicas assegurem a participação dos cidadãos na escolha de governos, inclusive a possibilidade de eles próprios serem escolhidos. Entretanto, apontou a exigência de contínua responsividade dos governos à preferência dos cidadãos. Essas condições implicam em garantias relativas às liberdades individuais e ao direito de organização e representação da sociedade civil, em especial, em partidos políticos, por intermédio dos quais a pluralidade de concepções e interesses em disputa pode se expressar.

Do ponto de vista macroestutural, as principais características dos regimes democráticos são eleições periódicas, concorrência entre partidos, direito de associação, separação dos poderes, respeito e garantia dos direitos individuais. Considerando a representatividade como a única solução possível nas democracias de grande escala para o problema de autorização, Dahl defendeu que:

Quanto menor for uma unidade democrática maior será o potencial para a participação cidadã e menor será a necessidade para os cidadãos de delegar as decisões do governo para seus representantes. Quanto maior for a unidade, maior será a capacidade para lidar com os problemas relevantes para os cidadãos de delegar decisões para os seus representantes (DAHL, 1998, p. 110).

Nesse sentido, Santos (2002) enfatiza que ao abordar a representação, considerando exclusivamente o problema das escalas, é necessário ressaltar a dificuldade em solucionar a questão da prestação de contas e a dificuldade de representar agendas.

Se é verdade que a autorização via representação facilita o exercício da democracia em escala ampliada, tal como argumenta Dahl, é verdade também que a representação dificulta a solução das outras duas questões: a da prestação de contas e da representação de múltiplas identidades. A representação não garante, pelo método da tomada de decisão por maioria, que identidades minoritárias irão ter a expressão adequada no parlamento. A representação, ao diluir a prestação de contas num processo de reapresentação do representante no interior de um bloco de questões, também dificulta a desagregação do processo de prestação de contas. Deste modo, chegamos a um terceiro limite da teoria democrática hegemônica: a dificuldade de representar agendas e identidades específicas (SANTOS, 2002, p. 49-50).

A teoria política liberal transformou o político numa dimensão setorial e especializado da prática social, o espaço da cidadania, e confinou-o ao Estado. Desse modo, todas as outras

dimensões da prática social foram despolitizadas e mantidas imunes ao exercício da cidadania (SANTOS, 2013).

Segundo Baquero (2009) a crítica ao modelo liberal não provém da ausência de democracia, mas da limitação do ato procedimental como instrumento de expressão das aspirações e necessidades da população. Nesse sentido, Bispo Júnior e Gerschman (2013) afirmam que as fragilidades da democracia liberal no que concerne à insuficiência dos procedimentos formais e eleitorais em identificar e expressar as aspirações sociais coletivas podem sugerir supressão das lutas político-ideológicas com o objetivo da transformação social, como também estabelecer uma nova dinâmica social e novas relações entre Estado e sociedade.

Assim, se faz necessário repolitizar a prática social e o campo político por meio de novas formas de democracia e cidadania, pois a falta de transparência, o fraco regime de regulação das empresas multinacionais, o neopatrimonialismo e a corrupção estão comumente associados à democracia representativa, um modelo onde os cidadãos não decidem sobre o seu próprio devir, mas delegam alguém a decidir por eles.

Toda sociedade – moderna ou tradicional, autoritária ou democrática, feudal ou capitalista – se caracteriza por sistema de intercâmbio e comunicação interpessoais, tanto formais quanto informais. Alguns desses sistemas são basicamente horizontais, congregando agentes que têm o mesmo status e o mesmo poder e outros são basicamente verticais, reunindo agentes desiguais em relações assimétricas de hierarquia e dependência. Nesse sentido, Putnam (2006) salienta que um sistema vertical, por mais ramificado e por mais importante que seja para seus membros, é incapaz de sustentar a confiança e a cooperação social.

A forma de participação que numa relação vertical não reconhece outras formas de democracia e bloqueia a cidadania por meio da exclusão política e social, das imposições internacionais e da trivialização da participação é denominada por Boaventura de Sousa Santos (2008) de democracia de baixa intensidade. Logo, propõe “democratizar a democracia” encontrando outras formas de democracia e, em tempo algum limitá-la ao voto. Nesse contexto, a nova cidadania tanto se constitui na obrigação política vertical entre os cidadãos e o Estado², como na obrigação política horizontal entre os cidadãos.

² A distinção Estado/sociedade civil, para além do seu simplismo e reducionismo gerais, é particularmente inadequada para analisar uma sociedade periférica (SANTOS, 2013).

3.2 DEMOCRACIA PARTICIPATIVA: A CONCEPÇÃO CONTRA HEGEMÔNICA

A origem das concepções não hegemônicas de democracia apresenta preocupação similar à origem da concepção hegemônica. Entretanto, nas concepções não hegemônicas há o reconhecimento de que a democracia não constitui um mero acidente ou uma simples obra da engenharia institucional. O autor Jürgen Habermas abriu o espaço para que o procedimentalismo passasse a ser pensado como prática social e não como método de constituição de governos. Para Habermas (1995), a esfera pública é um espaço no qual os indivíduos – mulheres, negros, trabalhadores, minorias raciais – podem problematizar em público uma condição de desigualdade na esfera privada.

A formação de um Estado onde a sociedade civil³ possa debater políticas públicas e elaborar estratégias capazes de tornar o poder público sensível às suas deliberações foi uma preocupação de Habermas em seu livro *Mudança Estrutural da Esfera Pública*. Orientada pela construção teórica de Habermas, Lüchmann (2002) define a democracia deliberativa como:

[...] um modelo ou processo de deliberação política caracterizado por um conjunto de pressupostos teórico-normativos que incorporam a participação da sociedade civil na regulação da vida coletiva. Trata-se de um conceito que está fundamentalmente ancorado na ideia de que a legitimidade das decisões e ações políticas deriva da deliberação pública de coletividades de cidadãos livres e iguais. Constitui-se, portanto, em uma alternativa crítica às teorias 'realistas' da democracia que, a exemplo do 'elitismo democrático', enfatizam o caráter privado e instrumental da política (LÜCHMANN, 2002, p.19).

O conceito de esfera pública, desde a sua origem, apresenta a ideia de um espaço para a interação face a face diferenciado do Estado. Nesses espaços, os indivíduos interagem uns com os outros, debatem as decisões tomadas pelas autoridades e debatem o conteúdo moral das diferentes relações existentes ao nível da sociedade e apresentam demandas em relação ao Estado. Jürgen Habermas é um autor cuja obra, apesar de suas variações em termos de elaborações conceituais, sempre esteve vinculada a uma tentativa de reintroduzir uma forma de debate argumentativo na análise do político (AVRITZER, 2000).

Entretanto, os grupos mais vulneráveis socialmente, os setores sociais menos favorecidos e as etnias majoritárias não conseguem que os seus interesses sejam representados

³ Na concepção habermasiana, o conceito de sociedade civil é caracterizado por um conjunto de sujeitos coletivos que tematizam novas questões e problemas, que clamam por justiça social e que organizam e representam os interesses dos que são excluídos dos debates e deliberações políticas (LÜCHMANN, 2007, p. 147).

no sistema político com a mesma facilidade que os setores majoritários ou economicamente mais prósperos.

A renovação da teoria democrática, segundo Santos (2013), assenta na formulação de critérios democráticos de participação política que não confinem esta ao ato de votar. Implica, pois, uma articulação entre democracia representativa e democracia participativa, visto que quanto mais partilhada é a autoridade, mais participativa é a democracia e quanto mais rica é a reciprocidade e mais rico o reconhecimento, mais direta é a democracia. As democracias devem ser hierarquizadas segundo a intensidade dos processos de autoridade partilhada e da reciprocidade do reconhecimento. De acordo com estes critérios, devemos distinguir entre democracias de alta intensidade e democracia de baixa intensidade.

A rendição da democracia de baixa intensidade, de acordo com Santos (2008) aparece de várias formas: a banalização das diferenças políticas e a personalização das lideranças; a privatização dos processos eleitorais pelo financiamento das campanhas; a mediação da política; a distância entre representantes e representados. Assim como o aumento do abstencionismo e da corrupção política. De acordo com Martinez (2007) é necessário uma alternativa a construir a partir do atual modelo de democracia e não apenas uma ação complementar.

A forma de democracia de alta intensidade como forma contra hegemônica de democracia, com ampliação dos espaços políticos e modelo de participação democrática e cidadã vai além da repartição de informações, da simples consulta ou do assessoramento, ela busca identificar e transformar relações de poder assimétricas ou impositivas em relação de igual para igual. A efetividade participativa é dada pela ampliação das lutas e resultados conquistados, onde a participação social e política ampliam os direitos e saberes, alargando o espectro democrático.

Com a reinvenção da democracia nos países da América do Sul, no período conhecido como “redemocratização”, que ocasionou as ditaduras militares, novos sujeitos emergiram no cenário político, reivindicando novas formas de fazer política. Assim, destaca-se o papel dos movimentos sociais na institucionalização da diversidade cultural.

“Os movimentos sociais estariam inseridos em movimentos pela ampliação do político, pela transformação de práticas dominantes, pelo aumento da cidadania e pela inserção de atores excluídos da política”. Por meio de processos de democratização, surgem novos atores políticos e com eles novos interesses são colocados na esfera política” (SANTOS, 2013).

Nesse contexto ainda, Santos (2013) advoga que não há democracia participativa sem democracia dos saberes. As práticas sociais somente se democratizam o suficiente se o conhecimento que os orienta for por ele próprio democratizado, sendo necessário buscar saber que outras maneiras podem ser encontradas para construir, partilhar e sedimentar os conhecimentos produzidos nas e pelas lutas que se opõem à globalização hegemônica. Para o resgate destas formas silenciosas e marginalizadas ou reduzidas à inexistência o autor propõe uma sociologia da emergência com ênfase numa “ecologia de saberes” em oposição à monocultura do saber hegemônico:

As ecologias dos saberes apelam a saberes contextualizados situados e úteis, ao serviço de práticas transformadoras. Por conseguinte, só podem florescer em ambientes tão próximos quanto possível dessas práticas e de um modo tal que os protagonistas da ação social sejam tão reconhecidos como protagonistas da criação do saber (SANTOS, 2006, p. 155).

Na participação democrática cidadã ou de alta intensidade, há aspecto relacionado ao material das ações nas instituições que organizam as esferas de poder em que atuam o povo ou a cidadania como por exemplo o direito à saúde. No caso dos conselhos de saúde, este é um aspecto da participação que está relacionado com a legitimidade formal e procedimental das ações que se dirigem a outros atores de espaços práticos que se hierarquizam e oferecem resistência ou ajudam uns aos outros na ação, constituindo um campo de forças de poder (PEREIRA, 2008).

De acordo com Santos (2002), a participação democrática nos conselhos deve ser vista como uma inovação no campo da área pública, especialmente pela elevada importância participativa no processo de formulação e monitoramento das políticas públicas. Assim, do sentido formal ao teórico, do técnico burocrático ao político e do representativo ao participativo principiou-se um novo constitucionalismo democrático onde a democracia participativa gerou uma expectativa para uma nova diversidade cultural e social de participação cidadã e política.

Diante do referencial teórico e do objetivo da pesquisa apresentados o próximo capítulo descreverá o percurso metodológico do estudo.

4 O PERCURSO METODOLÓGICO

A presente dissertação caracterizada como pesquisa qualitativa, opta pelo estudo de caso como o método escolhido. Segundo Martins e Theóphilo (2009) mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado – problema de pesquisa, o estudo de caso possibilita a penetração na realidade social. Ainda, o estudo pretende descrever as características de um fenômeno social e explicar o porquê do fenômeno, uma vez que aprofunda o conhecimento de uma dada realidade. A técnica de análise de dados escolhida foi a análise de conteúdo porque permite transitar de um nível descritivo para um nível explicativo da análise. Quanto aos aspectos éticos, foram obedecidas todas as normas para a pesquisa estabelecidas na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa sob o número do parecer 968.618 na data de dois de março de 2015, conforme ANEXO.

Este capítulo apresenta quatro seções. A primeira seção apresenta o cenário de estudo. A segunda seção aborda informações referentes à coleta de dados. A terceira seção versa sobre a técnica de análise de dados. A última seção discorre sobre as categorias de análise.

4.1 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário do estudo é um conselho municipal de saúde localizado no sul de Minas Gerais. O referido conselho está regulamentado pelo regimento interno aprovado por meio do decreto municipal nº 3.866, de 25 de junho de 2012. Nesse documento, o conselho é definido como instância deliberativa máxima do Sistema Único de Saúde, de caráter permanente, composto por oito representantes dos usuários dos serviços de saúde, dois representantes do poder executivo municipal, dois representantes dos prestadores de serviço na área de saúde pública e quatro representantes dos trabalhadores de saúde. Todos destinados a atuar na formulação de estratégias, no acompanhamento, fiscalização e avaliação da Política Municipal de Saúde, nos termos da lei. De acordo com Faria (2007) o Regimento Interno nos fornece as regras que balizarão o funcionamento dos Conselhos, ao analisá-las em conjunto podemos obter uma radiografia das condições normativas que facilitarão ou não o estabelecimento de dinâmicas mais inclusivas e democráticas no interior dos conselhos municipais de saúde. Ainda, o mesmo foi instituído pela Lei Municipal nº 2.608/92 de

06/07/92 e alterado pela Lei 3.252/97 de 15/04/97 em conformidade com a Lei 8.142/90 de 28/12/90 SUS e com a Resolução 333 de 23/12/92 Conselho Nacional de Saúde.

4.2 COLETA DE DADOS

Inicialmente foram realizadas duas visitas ao Conselho Municipal de Saúde para consultar a diretoria do mesmo acerca da disponibilidade de informações e documentos para a pesquisa. Para a obtenção da anuência da referida instituição foi realizada uma breve apresentação do percurso metodológico do estudo na reunião ordinária no dia 25 de setembro de 2014. As anuências da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde para realização da pesquisa se encontram nos apêndices A e B respectivamente.

O *corpus*⁴ do estudo compreende a entrevista semiestruturada com os conselheiros representantes das instituições (sociedade civil, trabalhador, gestão e prestadores de serviço ao sistema único de saúde). A entrevista foi a técnica de coleta de dados escolhida por possibilitar uma porta de acesso à realidade social. O critério de escolha dos conselheiros foi, prioritariamente, ser membro titular e participar das reuniões. A amostra totaliza dezesseis conselheiros municipais de saúde. O período de aplicação das entrevistas foi de nove a doze de março de 2015 e o local escolhido foi a sede do conselho. Inicialmente foi realizado contato com o presidente do conselho com vistas a solicitar autorização para utilização do espaço. Após a concessão da autorização foi procedido o contato com os conselheiros para agendamento das entrevistas, que de forma muito especial se disponibilizaram em participar da pesquisa. Somente uma conselheira solicitou mudança do local da entrevista, que ocorreu no seu local de trabalho.

A escolha do local supracitado se deu por ser considerado um local favorável ao adequado desenvolvimento da entrevista. Inicialmente, a pesquisadora apresentou o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C), que foi lido e assinado por todos.

O roteiro da entrevista foi estruturado a partir de um questionário padrão semiestruturado elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e adaptado para este estudo. O IPEA, em parceria com a Secretaria-Geral da Presidência da República, estabeleceu o tema da participação social e do diálogo com a sociedade como principal em sua agenda de estudos. Dado o recente fortalecimento das relações entre sociedade civil e

⁴ O *corpus* da pesquisa é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos (BARDIN, 2011).

Estado, por meio da ampliação e diversificação dos canais de participação – como conselhos, comissões, conferências, audiências públicas, ouvidorias –, o instituto considera fundamental conhecer estes espaços democráticos a fim de contribuir com a criação de condições para seu aprimoramento. Nesse contexto, realizou um estudo que compõe a série Conselhos nacionais – Perfil e atuação dos conselheiros e, integra o projeto Efetividade da Participação Social no Brasil, que se propôs a estudar os conselhos de âmbito nacional (IPEA, 2013).

O questionário (APÊNDICE D) contém 28 questões, divididas em três blocos: bloco I - perfil sócio político dos conselheiros, bloco II - forma de atuação do conselheiro e bloco III - funcionamento do conselho, de acordo com a Resolução nº 453 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa também inclui duas questões abertas com a finalidade de garantir e/ou aprofundar a expressão de opiniões dos participantes em pontos que não foram contemplados no instrumento.

Para complementar tais informações utilizou-se atas de reuniões, regimento interno e lei de criação do conselho. O estudo compreende o período desde a publicação da portaria de adesão e contratualização ao PMAQ, pelo gestor de saúde e equipes de atenção básica, de novembro de 2011 até março de 2015. A escolha do programa anteriormente citado ocorreu para possibilitar um recorte temporal e também pela sua consonância com o tema central da pesquisa - participação social.

A segunda parte da coleta de dados consiste da realização de entrevista semiestruturada – bloco IV - que busca analisar o entendimento e a participação dos conselheiros no acompanhamento do PMAQ, em âmbito municipal. Para analisar os dados está sendo utilizada a análise de conteúdo de Laurence Bardin e os pressupostos teóricos desenvolvidos pelo professor Boaventura de Sousa Santos.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) tem sido uma das técnicas mais utilizadas, visto que parte do pressuposto que no discurso aparentemente simbólico e polissêmico há um sentido que convém desvendar. Logo, o interesse da autora reside no que a descrição dos conteúdos pode ensinar sobre as coisas. Nesse sentido, conceitua análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 42).

As diferentes fases de análise de conteúdo tal como inquérito sociológico ou experimentação, organizam-se em torno de três polos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise a fase de organização do material coletado buscou averiguar como poderia proceder para torná-la inteligível, de acordo com o objetivo do estudo de analisar a intensidade democrática da participação no conselho municipal de saúde no que tange ao PMAQ nos centros de saúde da família do município. Segundo a autora “esta etapa possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.”

As atividades de pesquisa realizadas nesta etapa foram as seguintes:

- a) A construção de algumas categorias de análise a partir da contextualização e do referencial teórico;
- b) A busca pelo instrumento padrão para roteiro de Entrevista;
- c) A adequação do questionário para a pesquisa;
- d) O contato pessoal com a diretoria do conselho municipal de saúde;
- e) A seleção dos dezesseis conselheiros municipais de saúde;
- f) O agendamento da entrevista com os conselheiros;
- g) A revisão do roteiro da entrevista;
- h) A identificação dos entrevistados por meio de um código, ou melhor, foi utilizado as iniciais SC (Sociedade Civil), T (Trabalhador), G (Gestão) e P (Prestador de Serviço SUS), visando facilitar a busca sequencial dos questionários.

Organizar o material significou processar a leitura segundo critérios da análise de conteúdo, comportando levantamento quantitativo e qualitativo de termos pertinentes à pesquisa. Assim, surgiram as categorias que serviram de guia para a tomada de notas, sendo fundamental analisar o texto para encontrar a linha mestra que o conduzia e, sobretudo identificar o eixo teórico que mais se identifica com a referida política.

A exploração do material aconteceu com a descrição dos dados brutos por meio de codificação de maneira a se tornarem significativos e válidos. As atividades de pesquisa realizadas nesta etapa foram as seguintes:

- a) A aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos dezesseis conselheiros selecionados para a entrevista;
- b) A realização de dezesseis entrevistas ;
- c) A categorização para análise.

No caso de uma análise quantitativa e categorial, a organização da codificação compreende três escolhas. A primeira é o recorte da pesquisa por meio da escolha das unidades de registro que visam categorização e/ou contagem frequencial. Pode ser um tema, uma palavra ou uma frase orientada pelos objetivos da pesquisa e, codificadas pela unidade de contexto. A segunda e terceira escolha se refere a enumeração de regras e escolha das categorias ou categorização (rubricas ou classes que reúnem unidades de registro sob um título genérico em razão das características comuns). As categorias e subcategorias estão sistematizadas no quadro 1.

Quadro 1 - Arranjo das categorias e subcategorias analíticas.

Categorias	Subcategorias
Alta Intensidade Democrática	. Formalidade
	. Coletividade
	. Diálogo
Baixa Intensidade Democrática	. Imprevidência
	. Não coletividade
	. Personalização

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Com a disponibilidade dos resultados da análise descritiva, procede-se ao apontamento de inferências a propósito dos objetivos previstos. Para Coscarelli (2002) inferências são operações cognitivas que o leitor realiza para construir proposições novas a partir de informações que ele encontrou no texto. Para Bardin, a inferência como técnica de tratamento de resultados é conduzida por polos de análise apoiada nos elementos constitutivos do mecanismo clássico da comunicação: por um lado a mensagem (significação e código) e por outro o emissor e receptor enquanto polos de inferência propriamente ditos.

A seguir será apresentada a descrição dos resultados obtidos e o tratamento dos dados por meio da inferência e interpretação/discussão dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo está organizado em duas seções. A primeira destina a apresentar os resultados dos dados coletados nas entrevistas. Inicialmente expõe-se as informações obtidas por meio dos quesitos estruturados e em seguida procede a descrição das falas dos conselheiros de modo a tratar o material por meio da codificação⁵. A segunda seção apresenta a discussão dos resultados com alicerce no referencial teórico e nos resultados apresentados inicialmente. É a última etapa da Análise de Conteúdo, onde se propõe inferências a propósito dos objetivos do estudo.

5.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados a seguir em seis blocos. Inicialmente expõe-se o perfil sócio econômico e participativo dos conselheiros municipais de saúde. O segundo bloco apresenta os resultados referente à atuação dos conselheiros. O terceiro bloco explana os pontos concernentes ao funcionamento do conselho. O quarto bloco trata de questões do PMAQ. Em seguida estão ordenadas as categorias e subcategorias analíticas que buscaram organizar as informações obtidas por meio das questões abertas de livre resposta.

5.1.1 Perfil sócio econômico e participação dos conselheiros.

Esse bloco apresenta a análise do perfil dos conselheiros que participaram da pesquisa, considerando que é de fundamental importância para operacionalização efetiva das atribuições que são complexas e dinâmicas. Os dados revelam a caracterização dos conselheiros no que se refere a gênero/sexo, cor/raça, escolaridade, faixa etária, renda familiar mensal, setor a que pertence, tempo do mandato, atuação em outros setores / conselhos de políticas públicas, os interesses defendidos prioritariamente e o grau de articulação com os demais setores.

A organização do conselho municipal de saúde estudado ocorre da seguinte maneira: plenário, diretoria, quatro câmaras técnicas e uma mesa de negociação do SUS. A composição do conselho em estudo é paritária e composta por dezesseis membros, sendo oito membros de

⁵ A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2011).

entidades de usuários; quatro membros entidades dos trabalhadores de saúde; dois membros de representação de governo, dois membros de prestadores de serviços na área de saúde, conforme tabela 1.

Tabela 1- Composição atual do Conselho Municipal de Saúde - 2015.

Setor	Entidades	Nº Conselheiros
Sociedade Civil	. Associação de patologia; . Associação de moradores; . Rádio ; . Associação Cultural I; . ONG Proteção Animal; . Entidade Social - Maçonaria; . Associação Cultural II; . Sindicato dos eletricitários; . Associação Habitacional.	08
Trabalhadores	. Conselho regional de Psicologia; . Conselho regional de Nutrição; . Sindicato dos servidores públicos; . Equipes de saúde da família	04
Governo	. Secretaria Municipal de Saúde; . Secretaria Municipal de Obras.	02
Prestadores de Serviço	. Hospital das Clínicas; . Clínica Medicina por Imagens	02

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A distribuição revela uma proporção equilibrada entre homens e mulheres, diferenciando o conselho, como instância de democracia participativa, da câmara de vereadores, legítima casa de democracia representativa do município estudado. Nesta, a diferença entre homens e mulheres é significativamente maior que no conselho estudado, visto que 87% dos vereadores são do sexo masculino.

Tabela 2 - Distribuição dos conselheiros por gênero/sexo - 2015.

Gênero/sexo	Frequência	%
TOTAL	16	100,00
Feminino	08	50,00
Masculino	08	50,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

É perceptível a predominância de conselheiros que se declaram de cor branca, conforme distribuição na tabela 3 onde totaliza 68,75% deles. Dos demais, 18,75% se consideram pardos e 12,50%, de cor preta. As opções de cor disponíveis nesta questão

baseiam-se na tipologia adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Censo Demográfico 2010, onde o instituto considera que estas ajudam a construir papel legitimador das representações sobre os diversos grupos étnicos raciais que convivem no Brasil (IBGE, 2008, p. 12).

Tabela 3- Distribuição dos conselheiros por raça/cor - 2015.

Raça/cor	Frequência	%
TOTAL	16	100,00
Branca	11	68,75
Preta	03	18,75
Parda	02	12,50

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A média de escolaridade do brasileiro com 25 anos de idade ou mais, medida pelo IBGE em 2012, foi de 7,6 anos de estudos completos, o que significa escolaridade que não alcança a conclusão do ensino fundamental. Apenas 40,1% das pessoas dessa faixa etária alcançaram 11 anos ou mais de estudo. (IBGE, 2013, p. 125) A tabela 04 revela que os conselheiros, em sua maioria, possuem o ensino superior completo, superior incompleto, especialização e mestrado incompleto (68,75%); entre os demais, 25,00% concluíram o ensino médio e 6,25%, o ensino fundamental. Isto revela que, entre estes conselheiros, a média de escolaridade é superior à média nacional.

Tabela 4- Distribuição dos conselheiros por grau de instrução - 2015.

Escolaridade	Frequência	%
TOTAL	16	100,00
Ensino Fundamental ou Primário ou Ginásio completo	01	6,25
Ensino Médio ou Segundo Grau completo	04	25,00
Superior completo	04	25,00
Superior incompleto	03	18,75
Especialização	03	18,75
Mestrado Incompleto	01	6,25

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Observando-se a renda média familiar por segmento, pode-se perceber que os conselheiros que fazem parte do setor de prestadores de serviço possuem renda situada na faixa salarial mais alta, acima de R\$ 4 mil. Os conselheiros que representam os profissionais de saúde e os usuários de serviços de saúde apresentam diversidade de faixas de renda.

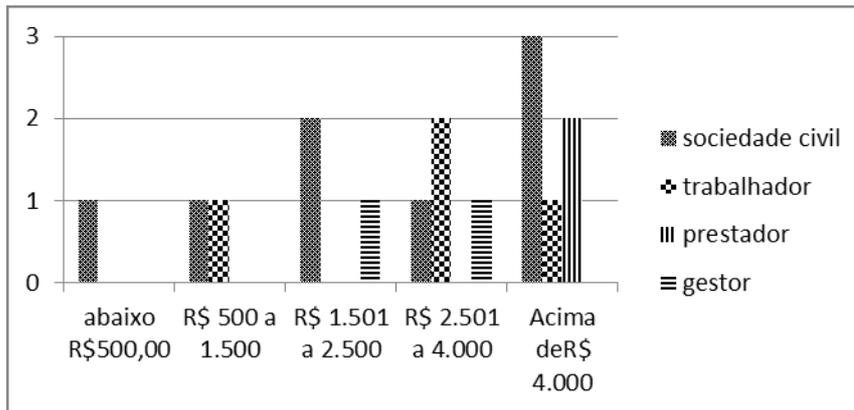


Figura 3- Distribuição da renda familiar média mensal por setor representativo - 2015.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

A faixa etária predominante entre os conselheiros é de 41 a 60 anos, estando em consonância com a pesquisa realizada pelo IPEA (2013) demonstrando que de forma geral os conselheiros nacionais e os representantes eleitos no Congresso Nacional se encontram predominantemente nessa faixa etária, ou melhor, 60% dos parlamentares têm entre 41 e 60 anos. Ainda, se considerar os conselheiros municipais com mais de 41 anos, o percentual alcança 68,75%, enquanto no parlamento ultrapassa 85%.

Tabela 5- Distribuição dos conselheiros por faixa etária - 2015.

Faixa etária	Frequência	%
TOTAL	16	100,00
até 20 anos	00	0,00
21 a 30 anos	01	6,25
31 a 40 anos	04	25,00
41 a 60 anos	08	50,00
mais de 60 anos	03	18,75

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Ao analisar o envolvimento dos conselheiros com a participação social percebe-se que a maioria participa por um período de 1 a 3 anos. De acordo com a legislação municipal cada mandato é por um espaço de tempo de dois anos. Entretanto, a maioria (55%) dos conselheiros apresenta o tempo de mandato maior que quatro anos. Observa-se que o processo de renovação dos representantes ocorre em menor proporção no setor da gestão que apresentou o tempo de mandato entre 4 a 10 anos.

Tabela 6- Distribuição dos conselheiros por tempo de mandato - 2015.

Tempo mandato	Frequência	%
TOTAL	16	100,00
Menos de 01 ano	1	6,25
01 a 03 anos	6	37,50
04 a 06 anos	4	25,00
07 a 10 anos	3	18,75
mais de 10 anos	2	12,50

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Os conselheiros que afirmaram ter representando outro setor no conselho estudado totalizaram 18,75%, sendo um representante da sociedade civil, um representante da gestão e um representante do prestador de serviço.

Tabela 7- Distribuição dos conselheiros por frequência de atuação em outro setor - 2015.

Representante em outro setor	Frequência	%
TOTAL	16	100,00
Sim	03	18,75
Não	13	81,25

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quanto ao perfil participativo dos conselheiros no que se refere a sua atuação em outros conselhos, constata-se que 37,50% dos entrevistados afirmaram que participaram de outro conselho. Destes, 50% atuavam no momento da pesquisa, sendo dois representantes da sociedade civil e um representante do prestador de serviço. A participação em mais de uma arena requer uma aprendizagem ao longo do tempo e um acúmulo de expertise tanto em relação à atividade participativa quanto ao tema em discussão nos conselhos (IPEA, 2013).

Tabela 8- Distribuição dos conselheiros com participação em outros conselhos – 2015.

Atuação em outros conselhos	Frequência	%
TOTAL	16	100,00
Sim	06	37,50
Não	10	62,50

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

5.1.2 Atuação dos conselheiros

A tabela 9 apresenta a distribuição dos conselheiros de acordo com os interesses prioritários defendidos no conselho. A maioria (68,75%) afirmou defender os interesses da coletividade, seguido dos interesses do próprio setor (12,50%) e interesses de redes e movimentos organizados (12,50%). Apenas 6,25% indicou o interesse da própria instituição.

Tabela 9- Distribuição do interesse prioritário segundo os conselheiros - 2015.

Interesse prioritário	Frequência	%
TOTAL	16	100,00
Nenhum interesse específico.	00	0,00
Interesses da minha instituição	01	6,25
Interesses do meu setor	02	12,50
Interesses de redes ou movimentos organizados	02	12,50
Interesses de toda coletividade	11	68,75

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O grau de articulação entre os diversos setores que compõe o conselho, apresentado na tabela a seguir, indica que os conselheiros possuem um bom nível de articulação. Cabe ressaltar que 100% dos trabalhadores avaliaram tal articulação como muito satisfatória e satisfatória. Entretanto, o padrão afirmativo de avaliação é semelhante para os demais setores.

Tabela 10- Distribuição do grau de articulação entre os setores do conselho – 2015.

Setor	%	Muito satisfatória	Satisfatória	Pouco satisfatória	Insatisfatória	Não sabe
Sociedade civil		50,00	43,75	6,25	0,00	0,00
Gestão		50,00	37,50	6,25	6,25	0,00
Trabalhador		50,00	50,00	0,00	0,00	0,00
Prestador de serviço		43,75	31,25	18,75	12,50	0,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A base de apoio indica o grupo principal de pessoas representadas pelo conselheiro. Na pesquisa 87,50% dos conselheiros afirmaram possuir base de apoio e também indicaram qual seria o grupo representado por eles. A maioria dos conselheiros indicou a própria entidade da qual representa, mas alguns conselheiros representantes da sociedade civil apontaram que sua base de apoio é o conselho municipal de saúde (18,75%) ou governo/secretaria municipal de saúde (12,50%). O termo base de apoio buscou observar a percepção dos conselheiros em referência ao grupo por eles representado, mas alguns

entrevistados apresentaram outro entendimento e mencionaram o apoio logístico, cursos, presidência do conselho, entre outros.

Tabela 11– Distribuição dos conselheiros conforme base de apoio do conselheiro – 2015.

Base de apoio	Frequência	%
TOTAL	16	100,00
Sim	14	87,50
Não	02	12,50

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

5.1.3 Funcionamento do conselho

A capacidade de incidência política do conselho na agenda do legislativo apresentou resultado cético, sendo que 68,50% dos conselheiros avaliaram como pouco significativa / insignificativa / não sabe. Quanto à influência em relação às políticas públicas intersetoriais e iniciativas da sociedade civil o resultado indicou que 62,50% dos conselheiros consideram tal atividade como muito significativa / significativa. A influência nas Políticas de Saúde apresentou o melhor resultado, onde 87,50% dos conselheiros indicaram como muito significativa / significativa.

Tabela 12- Distribuição dos quesitos em relação à influência da atuação do conselheiro – 2015.

Quesitos	%	Muito significativa	Significativa	Pouco significativa	Não tem influência	Não sabe
Agenda Legislativo		25,00	12,50	18,75	25,00	18,75
PP Saúde		62,50	25,00	12,50	0,00	0,00
PP Intersetorial		37,50	18,75	25,00	18,75	0,00
Iniciativa SC		43,75	18,75	31,25	6,25	0,00
Opinião Pública		43,75	18,75	18,75	18,75	0,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Aspectos da estrutura organizacional do conselho podem ser considerados muito positivos, visto que a maioria dos conselheiros avaliou como muito satisfatória e satisfatória. A presidência apresentou o melhor resultado, onde 100% dos conselheiros avaliaram como muito satisfatória / satisfatória. Cabe ressaltar que o quesito divulgação apresentou o pior resultado, sendo que a metade (50%) dos conselheiros avaliou como pouco satisfatória / insatisfatória.

Tabela 13- Estruturas administrativas e organizacionais segundo os conselheiros – 2015.

Quesitos	Muito satisfatória	Satisfatória	Pouco satisfatória	Insatisfatória	Não sabe Não aplica
Secretaria Executiva	68,75	31,25	0,00	0,00	0,00
Divulgação	31,25	18,75	37,75	12,50	0,00
Regimento Interno	50,00	50,00	0,00	0,00	0,00
Presidência	87,50	12,50	0,00	0,00	0,00
Plenária	68,75	25,00	6,25	0,00	0,00
Comissões Temáticas	37,50	31,25	25,00	6,25	0,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A percepção dos conselheiros em relação ao papel dos setores que compõe o conselho, apresentado na tabela 14, indica que os conselheiros possuem um bom nível de atuação. Cabe ressaltar que 100% dos trabalhadores apresentaram que tal articulação ajuda bastante e ajuda. O padrão afirmativo de avaliação é semelhante para os setores gestão e prestador. Entretanto, o setor sociedade civil foi avaliado em 25% como não ajuda e não atrapalha.

Tabela 14- Percepção dos conselheiros em relação ao papel dos setores - 2015.

Setor	%	Ajuda bastante	Ajuda	Não Ajuda Não atrapalha	Atrapalha	Não sabe Não aplica
Sociedade civil		43,75	31,25	25,00	0,00	0,00
Gestão		43,75	50,00	6,25	0,00	0,00
Trabalhador		50,00	50,00	0,00	0,00	0,00
Prestador de serviço		43,75	50,00	0,00	6,25	0,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A distribuição dos temas de pauta das reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho durante o período de novembro de 2011 a maio de 2015 está explicitada na tabela 15. A referida análise foi realizada a partir das atas e observou-se que a maioria das pautas foi solicitada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) totalizando 71,6%, seguida de 21,6% das indicações pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e 6,8% das indicações pelo prestador de saúde.

Tabela 15– Distribuição dos temas de pauta das reuniões do CMS, período nov. 2011 à maio 2015.

Pauta	SMS	CMS	Prestador
	(71,6%)	(21,6%)	(6,8%)
TOTAL	53	16	05
Adesão à Gestão Plena do Sistema	01		
Afastamento de conselheiros		01	
Atendimento PAM			01
Conferência Municipal de Saúde		08	
Credenciamento Oncologia Pediátrica			01
Credenciamento Oncologia Radioterapia			01
Eleição e composição câmaras técnicas		04	
Fluxos Assistenciais	03		
Gratificação RCAA	02		
Mutirão de cirurgias eletivas	02		
NASF	01		
PECNE	01		
Plano de combate à dengue	02	01	
Plano de saúde do trabalhador	03		
Plano Vigilância em Saúde	05		
Plano VISA Municipal	04		
PMAQ	01		
Plano Municipal de Saúde	01		
Programação Anual de Saúde	02		
Programa Saúde na Escola	01		
Pró – Pet Saúde			01
Projeto Gifas			01
Projeto Facilitadores	01		
Regimento Interno CMS		02	
Relatório de Gestão	06		
Relatório Quadrimestral / Prestação de contas	12		
SAMU	02		
SISPACTO	03		

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

5.1.4 PMAQ

A tabela 16 apresenta que 75% dos conselheiros conhecem o pmaq. Ainda, 18,75% relataram não conhecer o programa e 6,25% admitiu não saber responder tal questionamento.

Tabela 16 - Distribuição dos conselheiros que conhecem o PMAQ - 2015.

Conhece PMAQ	Frequência	%
TOTAL	16	100,00
Sim	12	75,00
Não	03	18,75
Não sabe	01	6,25

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No primeiro ciclo (2011-2012) do Pmaq participou em todo o país o montante de 17.482 equipes de saúde e no Estado de Minas Gerais o quantitativo de 2.954 equipes. No segundo ciclo (2013-2014) do programa foram 30.522 no Brasil e 4.253 no estado de Minas Gerais. No município estudado a participação das equipes foi o quantitativo de 11 no 1º ciclo e 21 no 2º ciclo. Cabe ressaltar que em ambos os ciclos as equipes municipais foram certificadas em mais de 90% com desempenho muito acima da média / acima da média.

Os conselheiros que afirmaram conhecer o pmaq, avaliaram em 66,65% a fase de adesão, em 75% a fase de autoavaliação, em 58,35% a fase de avaliação externa, em 75% a fase de financiamento, em 58,35% a fase de monitoramento e em 66,7% a fase de participação social como muito satisfatória / satisfatória, conforme disposto na tabela a seguir.

Tabela 17- Distribuição da percepção dos conselheiros no que tange às fases do PMAQ – 2015.

Fases	Muito satisfatória	Satisfatória	Pouco satisfatória	Insatisfatória	Não sabe Não aplica
Adesão	41,65	25,00	25,00	0,00	8,35
Auto avaliação	25,00	50,00	16,65	0,00	8,35
Avaliação Externa	41,65	16,65	25,00	0,00	16,65
Financiamento	33,35	41,65	8,35	8,35	8,35
Monitoramento	33,35	25,00	25,00	8,35	8,35
Participação Social	33,35	33,35	25,00	0,00	8,35

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O relatório do segundo ciclo do pmaq, elaborado pelo Ministério da Saúde e disponibilizado no portal do gestor, apontou que a adesão ocorreu em 100% das equipes de saúde da família do município. A auto avaliação foi realizada por todas as equipes. No processo da avaliação externa para avaliar a satisfação do usuário e a participação social, em cada equipe, foi entrevistado dois cidadãos que estavam no estabelecimento de saúde durante a visita dos avaliadores. O resultado apresentado foi de 100% de desempenho muito acima da média.

5.1.5 Categoria analítica: alta intensidade democrática

A participação social como uma democracia de alta intensidade caracterizada como forma contra hegemônica de democracia, com ampliação dos espaços políticos e modelo de participação democrática e cidadã vai além da repartição de informações, da simples consulta ou do assessoramento, ela busca identificar e transformar relações de poder assimétricas ou impositivas em uma relação horizontal entre os cidadãos (SANTOS, 2008; MARTINEZ, 2007). O conselho municipal de saúde como exercício de cidadania de relevância pública deve atuar com alta capacidade deliberativa e com reconhecimento das diversas demandas populares e coletivas na saúde pública. Nesse sentido, em conformidade com o referencial teórico e com as questões propostas para a pesquisa, originaram-se três subcategorias, conforme sistematizado no quadro 2.

Quadro 2 – Qualidades da participação social no espaço do CMS.

Categorias	Subcategorias	Qualidades da participação social no espaço do conselho municipal de saúde.
Alta Intensidade Democrática.	Formalidade	. Concepção legal do conselho. . Caráter paritário e deliberativo. . Múltiplas atribuições dos representantes.
	Coletividade	. Convenção político-mobilizadora. . Existência de vínculo afetivo
	Diálogo	. Reconhecimento da construção compartilhada . Compromisso com a base de apoio

Fonte: Elaboração própria, 2015.

5.1.5.1 Subcategoria: Formalidade

Nesta subcategoria consideraram-se as questões da entrevista semiestruturada que abordaram a concepção legal do conselho, o caráter paritário e deliberativo e as múltiplas atribuições dos representantes.

Em algumas falas, os entrevistados enfatizam que a participação proba dos conselheiros contribui para o atendimento às necessidades de saúde da população.

O conselheiro está sempre apoiando os planos de saúde em benefício da população. Então de maneira geral eu acredito que o conselho tem feito um trabalho muito bom. É discutido, é exposto os fatos, os planos de trabalho que tem sido feito pelos representantes da secretaria de saúde e pelas pessoas da mesma área [...] (CMSSC1)

Acompanhar, analisar e aprovar todos os planos de governo na área de saúde [...] (CMSSC1)

Eu acredito que seria a aprovação das coisas boas para utilizar na saúde, né [...] (CMSSC4)

Os conselheiros proativamente buscam conhecimento de maneira individual ou obtêm as informações por meio de servidores públicos. Indicam estratégias de como estão tentando exercer seu papel de conselheiros e ampliando seu poder de deliberação.

[...] Então eu precisei estudar para entender o que era um conselho [...] mas não sei se todos tiveram essa percepção, essa busca, essa melhoria, né. Pelo que eu sinto, alguns votam, alguns falam, mas às vezes não sabem o que está acontecendo de fato. (CMST3).

Foi mais por curiosidade [...] se eu quisesse ver alguma coisa ou obter algum conhecimento disso tinha que procurar saber [...]. Então fui lendo, ou outro conselheiro falou ou até mesmo os agentes, né. Porque eu também nem sabia o que era o pmaq[...]. Expressava sempre por sigla [...] a gente não sabe corretamente o que significa aquela sigla. Mas depois, era de melhorias para a atenção, aí ficou mais fácil de entendimento. (CMSSC5)

[...] hoje nós temos as pessoas da secretaria que vem dar informações para os conselheiros [...] (CMSSC4)

[...] para mim no começo foi uma dificuldade enorme. Eu ficava “boiando” [...] estudei um pouquinho mais e o que me dificulta muito são as siglas [...] Mas eu observo que eu não sou a única não. Às vezes eu converso com algum conselheiro que já está a mais tempo do que eu aqui e também não entendeu muita coisa (CMSSC3).

Em observância à legislação pertinente que exige a apreciação e aprovação de diversos relatórios, prestação de contas, projetos, planos de contingência, entre outros, muitos

conselheiros deliberam favoravelmente, apesar de não se sentirem aptos para tal conduta. Destacam a necessidade de aprovação dos assuntos que são encaminhados ao conselho.

Vamos ali, vamos votar. E então, eu gostaria de ver o conselho ser reconhecido, sabe. A importância dele, as pessoas o procurando. Eh, melhorou? Melhorou. (CMSSC7)

[...] às vezes a gente vê que o representante do usuário, ele não tem muito conhecimento técnico e muitas vezes ele é dominado, ele é levado a votar em algo que ele vota no escuro [...] (CMSSC7)

O que eu vejo aqui no conselho é que são poucas pessoas que trazem assunto de fora. Muito do que a gente debate aqui dentro são pautas solicitadas pelo governo porque a gente precisa aprovar [...] (CMSP2)

Os conselheiros explicitam como obtiveram acesso à proposta do pmaq. Ao pesquisar as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho em estudo encontrou-se o tema apresentado em janeiro de 2012 pela secretaria municipal de saúde apenas para informar aos conselheiros que o município estava aderindo ao programa.

Ele foi apresentado em reuniões, né. Então ele foi avaliado, foi estudado pelo pessoal aqui das comissões. Eu acredito que é um bom projeto. (CMSSC4)

Ele me foi apresentado um pouco antes, seguindo o trâmite de conselho, durante a adesão dele aqui no município. Foi apresentado para a gente numa reunião de plenária. Antecipadamente da reunião também a gente recebeu o material. A gente se reuniu, conversou, deliberou com a gestão e conselheiros alguns assuntos. Mas, o primeiro contato que eu tive foi através da gestão que antecedeu uma reunião de plenária que ia tratar o assunto. (CMST1)

Foi apresentado através de material, né. E no conselho foi enviado para nós. (CMST2)

[...] em 2012. Porque foi na época em que tudo começou a adesão ao pmaq. Porque eu estava junto com a coordenadora do PSF, eu tive logo acesso assim que chegou na secretaria de saúde. Eu já era do conselho. Nós passamos no conselho na época [...] (CMSSG1)

O PMAQ foi apresentado numa reunião de conselho, né. Nós recebemos o material, que a gente avaliou antes e foi esclarecido pela secretaria municipal de saúde. (CMSP1)

[...] Eu entendo que tudo foi muito bem planejado, muito bem estruturado. A execução que cabe ao gestor, a gestão e a população entender como fica essa aplicação, porque às vezes ela fica um pouco falha [...], ele fica aquém da informação que deveria chegar. Mas, é muito válido. As informações que vem dentro dele, o propósito dele que quando você põe melhoria, qualidade e saúde junto tende a ser algo positivo [...] O caminho dele é perfeito. (CMST1)

5.1.5.2 Subcategoria: Coletividade

Nesta subcategoria consideraram-se as questões da entrevista semiestruturada que abordaram a importância de uma convenção político-mobilizadora e a existência de vínculo afetivo. Alguns conselheiros destacam que a conferência de saúde é um momento adequado para eleição de conselheiros, pois a mesma apresenta um papel importante no processo político-mobilizador de caráter reflexivo, avaliativo e propositivo. Ainda, está prevista no artigo 145 lei orgânica do município, onde enfatiza que a Conferência Municipal de Saúde, com representação dos vários segmentos sociais, reunir-se-á, a cada dois anos para avaliar e deliberar sobre a situação da saúde no Município e para eleição de novos conselheiros, no qual as entidades da sociedade civil, trabalhadores e prestadores de serviço de saúde que possuem interesse no conselho são convocadas a candidatar-se a uma cadeira.

Nós somos convidados a participar dos encontros, das conferências. Daí [...] vem as palestras coma finalidade de ter o conselho no município E a finalidade é que nós usuários, o povo em geral [...] tem que ter alguém lá para ajudar senão se torna difícil administrar [...] (CMSSC1)

Eu acho que é a forma mais democrática, na conferência de saúde. (CMSSC3)

Eu sempre tento trazer para cá, um desejo não só da minha base, mas também de toda a sociedade, né [...] (CMSSC7)

Reconhecem que o conselho vem avançando como espaço de participação, visto que esse processo prospera gradativamente nos últimos anos. Falam da importância da participação organizada para garantir uma representação autônoma no encaminhamento das deliberações do conselho.

[...] a gente avalia o que está precisando no bairro. O posto de saúde, né. O atendimento médico [...] A gente pergunta para a enfermeira, para o médico como está indo. Cada vez que nós nos reunimos sempre tocamos o assunto do conselho e da nossa participação. (CMSSC8)

Eu acho o pessoal engajado, tem participado. O conselho deu um salto qualitativo muito grande de anos anteriores pra cá. (CMSSC6)

[...] Por que não é mais por interesse particular, que antes eles candidatavam para fazer nome como candidatos na política. Hoje, não. Hoje pela instituição eles cumprem como um todo eles preocupam mais com as causas da saúde não tanto com o pessoal. (CMSSC1)

[...] Todo mundo fala o que pensa, o que acha. Argumenta se for necessário, do jeito deles, né. É claro que a língua tem que ser diversificada para dar um charme, né. Mas, o entendimento é bacana. (CMSSC5)

Os conselheiros destacam o considerável laço de companheirismo por meio da existência de vínculo afetivo que permite ampliar o compromisso e a compreensão mútua. Falam da expectativa em melhorar a saúde pública no município, inclusive do reconhecimento dos propósitos do pmaq.

[...] A união e o comprometimento. Eu tenho mais de dez anos de conselho e, nesse período eu acho que esse é o melhor conselho que teve nesses últimos dez anos. De estar sempre comprometido mesmo, em resolver uma situação [...] (CMSP1)

[...] A união dos conselheiros. Considero isso muito valioso. Considero essa proximidade que tem de forma respeitosa que existe no conselho pela gestão. Antigamente era uma forma muito política [...] A gente sempre foi jogado, era sala do secretário, era uma local sem estrutura. A estrutura humana o motorista é disponibilizado quando a gente precisa. Tem a secretaria executiva. (CMST1)

A união e a vontade de acertar. Eu aprendi a gostar do conselho, justamente, pela vontade de se fazer alguma coisa para a saúde. E com isso o conselho me dá muita esperança de melhoria na saúde aqui do município. Gosto muito de estar no conselho. (CMSSC3)

[...] tem muitas pessoas, especialmente pelo lado dos gestores e trabalhadores, eles orientam aqueles que têm maior dificuldade. Lá tem representantes rurais, então a gente vai aprendendo [...] Eu vejo que o pessoal se solta e fala mesmo sobre o assunto e entende. (CMSSC1)

[...] o pmaq me encantou. Porque eu encontrei [...] as meninas lá do PSF vieram me abraçar todas felizes [...] porque elas tinham alcançado a melhor nota, eu fiquei muito satisfeita de ver aquilo. Por que lá é o bairro mais carente que nós temos [...] um melhor atendimento e acolhimento junto aos mais carentes, mais necessitados. Eu fiquei muito feliz. (CMSSG1)

5.1.5.3 Subcategoria: Diálogo

O diálogo pressupõe o reconhecimento da multiculturalidade por meio da ação proativa do conselheiro na busca de uma construção compartilhada do conhecimento. No tocante à relação dos conselheiros com suas respectivas bases de apoio, definidas no questionário como “grupo principal de pessoas representadas pelo conselheiro” buscou observar a percepção dos conselheiros a respeito da frequência do contato com grupo por eles representado. Nesse sentido, apresentam-se alguns trechos das falas dos entrevistados.

Normalmente eu repasso para minha base de apoio tudo que me é passado. Agora, eles questionam pouco. Eu sou mais um veículo de informação do que se passa aqui para que eles estejam informados. É uma entidade muito organizada, estruturada. São pessoas que participam ativamente da vida pública [...] (CMSSC6)

É o dia a dia. Porque o pessoal está sempre perguntando, procurando [...] Como que funciona, como que deixa de funcionar [...] (CMSSC4)

A minha base hoje é o governo. É, a frequência minha é muito boa, porque eu fico muito próxima. [...] porque nós conversamos bem. Mesmo por whatsapp, por

mensagem, a gente mantém informação, a gente passa de um pra outro [...] (CMMSG1)

Os conselheiros foram questionados, além da frequência de contato com as bases de apoio de maneira mais ampla, acerca da frequência para definir posicionamento no conselho, relatar os debates e as deliberações, prestar contas da atuação no conselho e, por último, com a finalidade de construir ou fortalecer articulações.

Sempre as discussões das pautas são direcionadas para base de apoio, ou assessoria jurídica ou setores afins. E antes de todas as reuniões tem discussão das pautas. (CMSP1)

[...] Uma semana logo após a reunião, eu falo olha na reunião aconteceu isso, isso, isso. Foi aprovado isso, isso, isso e está nos e-mails, podem consultar. Eu normalmente transcrevo para minha base de apoio tudo que me é passado [...] (CMSSC6)

Todas às vezes que tem a pauta [...] Se for uma discussão específica, eu vou até a base de apoio daquela área para obter informações e ir preparada para as reuniões. (CMSP1)

[...] Eu faço um relatório de tudo. Na minha organização, nós fechamos que é sempre importante ter esse relatório. Então, sempre que tem reunião, eu mando para eles, explico tudo o que aconteceu. [...] Inclusive algumas coisas que foram deliberadas pelo conselho que porventura eu não concorde eu faço questão de passar para minha entidade para que eles saibam também o que eu estou fazendo, né. (CMST3)

[...] acaba chegando num consenso. Mas, nada é discutido aqui por último. Sempre a gente tá discutindo de outra forma, não pessoalmente, né. Mas de outra forma. Tem grupo, né [...] (CMST2)

[...] tem muita coisa também que a gente coloca, como foi a participação. Como o caso do programa que foi exposto aqui, eu achei superinteressante e aí eu passei para as meninas. E aí nós vamos debatendo pontos e o nosso serviço vai melhorar. (CMST4)

5.1.6 Categoria analítica: baixa intensidade democrática

A participação de baixa intensidade democrática (Santos, 2008) é advertida com limitações na partilha de autoridade da gestão de política municipal de saúde e na capacidade de decisão dos conselheiros de saúde. Nesse sentido, as limitações da participação no espaço do conselho municipal de saúde originaram-se três subcategorias, conforme sistematizado no quadro 3.

Quadro 3 – Limitações da participação social no espaço do CMS

Categorias	Subcategorias	Limitações da participação social no espaço do conselho municipal de saúde.
Baixa Intensidade Democrática.	Imprevidência	<ul style="list-style-type: none"> . Insegurança e pouca compreensão dos assuntos deliberados. . Desconhecimento do funcionamento do CMS e das atribuições dos conselheiros. . Insciência dos procedimentos legais da saúde pública. . Ausência de ações de educação permanente. . Dinâmica imposta pelo ritmo da gestão Inter federativa. . Ceticismo midiático.
	Não coletividade	<ul style="list-style-type: none"> . Modesto envolvimento das entidades sociais. . Desconexão entre conselheiro e base de apoio.
	Personalização	<ul style="list-style-type: none"> . Atuação exclusivista. . Centralidade do conhecimento.

Fonte: Elaboração própria, 2015.

5.1.6.1 Subcategoria: *Imprevidência*

Os conselheiros expressam um desassossego com a autenticidade da sua atuação, visto que o conselho deve ser instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política pública, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. Eles apresentam-se inseguros e despreparados para a função de deliberar sobre os assuntos debatidos, conforme explicitado nos trechos das falas.

Oh, eu fiquei muita em dúvida com a questão aí, porque eu tenho uma noçãozinha [...] mais ou menos a apresentação (evento para apresentação dos resultados do pmaq aos trabalhadores da atenção primária), entendeu. Mas, dentro daquilo que tem colocado, no geral as pessoas saem com uma noção sim. Não sei, enrolei, mas acho que não respondi a pergunta bem. (CMSSC7)

[...] tem matérias que uns dominam mais e tem uns que [...] fica, né, “moscando” [...] Às vezes fica pescando alguma coisa para poder falar...(CMSSC5)

[...] Isso vai ter um questionamento meu numa reunião, a facilidade às vezes acaba assumindo pelo que o outro vota, pelo que o outro questiona e você acaba tendo dúvida e se omitindo em relação a isso [...] (CMST1)

[...] Tem alguns que vão lá, votam, mas às vezes não sabem o que está acontecendo. Eu senti essa dificuldade no começo, principalmente por não ter tido uma vivência [...] (CMST3)

[...] O conselheiro espera para votar por desconhecer. Às vezes ele (o conselheiro) não participa e, se apegar a exemplos dentro do conselho. Então, aquela velha tática, eu levanto a mão primeiro para que o outro levante também [...] (CMSG2)

[...] a gente não é da área e tem hora que fica “boiando” e muitas pessoas tem vergonha de perguntar, né. (CMSSC7)

[...] ter uma fiscalização sobre isso também, né. No caso de verbas, liberação de verbas. Eu acredito que quando se libera a verba a gente tanto tem que fiscalizar quanto tem que saber se aquela verba está destinada mesmo. A gente fica meio na dúvida sobre isto. (CMSSC8)

Alguns entrevistados apontam o desconhecimento do funcionamento do conselho municipal de saúde e das atribuições dos conselheiros. Destacam que o processo de divulgação das funções e competências do conselho é bastante incipiente. Nesse sentido, reforçam que no processo deliberativo é essencial a publicidade das decisões tomadas no âmbito do conselho para despertar o desejo pela participação social. Ao serem questionados sobre o contato com a base de apoio, alguns conselheiros demonstraram desconhecimento sobre tal procedimento.

Eu não sei qual é o total, mas acho que é um número bom de pessoas que trabalham. Eu não sei quantos conselheiros são. Você sabe? (CMSSC3)

[...] entidades ainda não conhecem o conselho e as pessoas envolvidas também não tem interesse em discutir política de saúde dentro do conselho, ou elas não sabem ou não tem interesse. (CMST2)

[...] acho que é pouco divulgado, porque eu falo até pela minha própria instituição. Nós fomos procurados, mas até então não havia representatividade nenhuma [...] Porque tem muita gente que quer participar e não sabe como participa [...] (CMST3)

Às vezes a pessoa não tem interesse porque não sabe a importância que é o conselho [...] aquele determinado prestador ou aquela associação ou aquele usuário não sabe o que é o conselho. Talvez se ele soubesse, ele poderia participar, ele poderia contribuir [...] (CMSP2)

[...] Minha base é só por amizade mesmo e quando eu encontro com eles é para resolver problema da entidade [...] Mas vou sugerir a eles que a gente possa analisar, estudar e ver o que pode ser feito aqui. [...] Nem sabia que era preciso fazer isso. A gente encontra naturalmente, comenta, mas não existe uma frequência. (CMSSC3)

Ah, essa é muito bom. Nós reunimos muito pouco depois das reuniões [...] Daí essa é uma falha. (CMSP1)

Também, atualmente nenhuma frequência. (CMSSC1)

Percebe-se uma insciência dos conselheiros de saúde no que concerne aos procedimentos legais da saúde pública. Apresentam como foco de suas preocupações a falta de divulgação sobre as políticas públicas, inclusive o pmaq. Cabe ressaltar que está explícito nas normas do programa que este deve ser pauta constante no conselho municipal de saúde.

[...] Eu acho que ele (o pmaq) veio para somar, entendeu. Só que ainda para nós ele é ainda muito pouco falado, muito pouco conhecido. As pessoas não sabem o que é, ou até mesmo alguns conselheiros não sabem o que significa [...] Porque é um programa tão bacana que às vezes pouco divulgado. (CMSSC5)

Os conselheiros reforçam a importância de instituir um processo de educação permanente para a participação social, envolvendo toda a população na busca de contribuir com o SUS. O conjunto de contribuições, estudos, reflexões, debates, divergências e convergências permite ampliar a ação cotidiana dos membros do conselho.

Reciclar os conselheiros. A parte de ter um manualzinho para que eles fiquem mais por dentro da burocracia, dos projetos, dos projetos de lei, de lei que regulamentam os conselhos. Isso é interessante, um cursinho de preparação [...] (CMSSC6)

[...] Eu não sabia o que era o projeto sobre o estudo que você estava fazendo, talvez se estivesse tido algum treinamento pelo menos dos programas básicos, como é, como funciona a gente ia estar no mesmo nível de conhecimento [...] a gente ia conseguir falar, se entender né. Eu acho às vezes que isso não acontece, precisa de treinamento, né. (CMSP2)

[...] Quando as pessoas estão reclamando algo que não justifica, então orientar essas pessoas para participar do conselho. Porque aqui deve ser o lugar. Quem trabalha no setor sanitário, quem trabalha no controle da dengue tinha que ter essa informação. Muitos funcionários da área de saúde desconhecem o conselho.(CMSSC7)

Queixam-se da dinâmica imposta pelo ritmo da gestão Inter federativa, onde os prazos e a própria organização do conselho não conseguem dar respostas adequadas ao nível de conhecimento e às necessidades dos conselheiros municipais.

[...] porque saiu portaria em cima da hora, a gente precisa aprovar. Então, muita coisa que a gente aprova, muito assunto aqui a gente acaba se interagindo do assunto na hora da reunião, através daquela explicação [...] e já dá o parecer e já aprova tudo ali [...] (CMSP2)

Com a crescente visibilidade dada aos temas da saúde pelos dispositivos midiáticos alguns conselheiros mencionam a influência de políticos em desfavor da atuação do conselho.

A mídia acompanha a câmara de vereadores, ela não acompanha aqui. Por isso que é muito fácil do setor político vim destruir aqui, antes de chegar lá [...] Não tem apoio, né. (CMSSC7)

A gente acaba debatendo sobre coisas que a mídia divulga e não que o conselheiro trouxe. Por exemplo, a questão do SAMU [...] (CMSP2)

5.1.6.2 Subcategoria: Não coletividade

Nesta subcategoria consideraram-se as questões da entrevista semiestruturada que abordaram o modesto envolvimento das entidades sociais e a desconexão entre conselheiro e base de apoio. Alguns conselheiros destacam a necessidade de estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos movimentos sociais. Também mencionam a falta de interesse da sociedade e a necessidade de conferenciar com a sociedade por meio das diversas formas de comunicação.

Eu acho que deveria haver mais classes representadas aqui. É o que a gente pretende, contemplar uma vaga para classe negra, uma vaga para cadeirante, uma vaga para o idoso. Há outros segmentos da sociedade com necessidade de ter voz no conselho. (CMSSG2)

[...] O que eu sei por exemplo, é o pessoal da zona rural, a maçonaria, a entidade da qual eu represento, né. E eu não tenho mais conhecimento assim de outras entidades que representam[...] (CMSSC3)

[...] O conselho não é meu. Essa distância que existe entre o conselho e a sociedade precisa melhorar (CMST1)

[...] Ficaria muito feliz se a população viesse espontaneamente. Seria maravilhoso e isso depende da gente. (CMSSG2)

Ah, eu acho meio bagunçado [...]. Na minha opinião, muito bagunçado. Eu acho que deveria ter uma diretriz diferenciada, entendeu, para poder buscar essas entidades e fazer que elas participem [...] o interesse é muito pouco. E, depois para compor o conselho municipal de saúde tem que ser na base do laço. (CMSSC5)

[...] falta de participação das entidades, né. Porque foram convidadas [...] está faltando a participação das entidades no conselho. (CMSSC8)

É que hoje ninguém quer participar. Então, geralmente aquele que participa é aquele mesmo que gosta. Por não ser uma coisa remunerada, então você não tem uma grande abertura com as pessoas, [...] (CMSSC4)

Mencionam a desconexão entre conselheiros e a base de apoio que compromete o posicionamento na deliberação dos assuntos tratados no conselho. Ainda, mencionam a necessidade de rever a forma de selecionar as entidades com direito a assento no conselho.

[...]. Eu acho que, no meu caso, vai você que era o único que estava disponível e pronto, entendeu. Às vezes nem tem regrinha para escolher, vai aquele que é mais atuante. (CMSSC5)

A gente olha mais ou menos a disponibilidade, o voluntariado [...] o interesse da participação e alguém que possa efetivamente representar a entidade que está sendo escolhida. (CMSSC6)

Não existe uma frequência [...] Eu venho aqui, encontro, falo com o presidente [...] (CMSSC3)

A entidade não tem interesse. E quando fala vamos conversar, fala vamos marcar um horário. (CMST2)

[...] eu vejo que muita gente falta e talvez porque a ata daquela determinada reunião não é de interesse do setor que a pessoa representa ou da entidade que a pessoa representa [...] (CMSP2)

[...] eu acho que deveria ser aberto a todo mundo. Se o indivíduo é filiado a uma associação, a algum sindicato ou não e essa pessoa tem disponibilidade, tem interesse, eu acho que deveria ser aberto para essas pessoas também. (CMSSC7)

5.1.6.3 Subcategoria: Personalização

Nesta subcategoria consideraram-se as questões da entrevista semiestruturada que abordaram a questão da atuação exclusivista e a centralidade do conhecimento. Os entrevistados destacam a ausência de interlocução entre representado/representante e a presença de interesses individualistas.

Nenhuma, nenhuma [...]. Infelizmente não há interesse. Não há esse conceito de instituição e representatividade dentro do conselho. É a pessoa, você é conselheiro e o problema é seu, a gente te pôs lá. (CMST1)

[...] Pouco interesse, parte muito mais do conselheiro do que a associação que ele representa. A grande maioria das associações que nós temos no conselho é feita por uma pessoa da associação. Então, é muito falha, muito falha (CMST1)

[...] A gente ainda luta muito com as questões de interesses pessoais, mas são esporádicos. Quase sempre, eles defendem sim os interesses do setor que representam aqui dentro. Quase sempre. (CMST1)

Alguns brigam por interesses próprios, outros brigam por interesses políticos e alguns brigam ainda pelo coletivo [...] (CMST3)

[...] Claro que às vezes tem alguns interesses pessoais. Mas não é a maioria. (CMSP1)

[...] É mais difícil entender quando tem “politiquinha” no meio. Às vezes quer crescer como entidade e falar que está faltando isso, isso e é tudo por causa de política, né. E isso é em todos os setores[...] (CMSSC2)

Mencionam a falta de conhecimento técnico dos membros do conselho, enfatizando a monocultura do saber e a centralização pelos servidores públicos.

[...] como de tradição, domina mais a parte do representante do trabalhador. Ela sempre domina sobre os outros, porque a maioria das pessoas que estão ali não tem o conhecimento técnico. (CMSSC7)

[...] Eu acredito que é bem mais representado pelos funcionários que entendem um pouco mais a respeito da saúde, né [...] (CMSSC4)

5.2 DISCUSSÃO

A lei determina que na composição do conselho no setor de representantes de usuários deve haver equilíbrio entre as seguintes representações: portadores de patologias e deficiências; entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações de trabalhadores urbanos e rurais e movimentos sociais organizados. Considera-se haver equilíbrio quando há representantes dos três grupos assinalados e parcial, se houver representantes de dois desses grupos. De acordo com a resolução nº 453 CNS/MS a representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais. O conjunto de atribuições legalmente definidas para o conselho municipal de saúde possibilita a efetiva vigilância da sociedade sobre a gestão pública, mediante a luta pela melhoria das condições de saúde da população. Constata-se, portanto, em um balanço da face formal dos conselhos, que ela é capaz de promover o protagonismo dos conselheiros, dando sustentação a relações consideravelmente equilibradas entre sociedade e Estado (OLIVEIRA; PEREIRA, 2014).

No conselho estudado percebe-se um equilíbrio parcial, visto que não há representante de movimento social. Para Habermas (1984) a constatação da importância da dinâmica institucional para o fortalecimento da democracia, enfatiza a dinâmica societária por meio da prática de um conjunto de movimentos, organizações e associações que possibilitarão a formação de uma cultura política norteadora de ações capazes de revigorarem. Cabe ressaltar que não há representante da academia no referido conselho, visto que o município possui uma faculdade e uma universidade com diversos cursos na área de saúde (medicina, fisioterapia, enfermagem, odontologia, nutrição entre outros). Assim, é de extrema importância que haja uma estreita relação do conselho com a comunidade científica, pois esta tende a oxigenar as discussões e ativar o processo de educação permanente junto aos Conselheiros para uma melhor atuação nas proposições e deliberações.

O perfil sócio econômico e participativo revelou que há paridade no que tange ao gênero/sexo, porém há um predomínio dos cidadãos da raça/cor branca. Pode-se perceber que a democracia participativa ainda reproduz a desigualdade de acesso às instâncias de poder que ainda existe no Brasil, no que refere à raça/cor. Quando ao nível de escolaridade, a pesquisa demonstrou que os conselheiros possuem média superior a nacional. Referente a renda média familiar constatou-se que os entrevistados possuem uma renda familiar de alto nível. A faixa etária predominante varia entre 41 a 60 anos, correspondendo a predominância dos

parlamentares. Quanto ao envolvimento dos conselheiros com a participação social notou-se que a maioria dos conselheiros atua há um período superior a quatro anos.

As condições de funcionamento apresentam avanço progressivo, no entanto, é recorrente a necessidade de apoio técnico que possibilite condições necessárias para o exercício pleno da função de conselheiro de saúde. Os pesquisadores Gonçalves e Almeida (2002) relatam, em seu estudo, que usuários e prestadores de serviço revelaram-se insatisfeitos no exercício de planejar, pois os temas já chegam prontos e não há como discutí-los.

Além de discutir a atividade de deliberação também ocorre o ato de decidir. Para que possam tomar decisões justas e cooperarem entre si os participantes devem ter acesso a diferentes visões e perspectivas e igual oportunidade de se expressar. Para os teóricos deliberativos a possibilidade de que todos se expressem no processo decisório é o que o torna verdadeiramente democrático. Apesar de reconhecer que em determinados momentos os resultados da discussão precisam ser agregados, parte-se do pressuposto de que o processo de discussão que precede o voto é mais importante para determinar a legitimidade da decisão (GOODIN, 2003).

Os conselheiros de saúde demonstraram que têm o poder de vocalização maior que o poder de agenda, embora esteja garantida a paridade na composição do conselho por meio da maioria dos representantes da sociedade civil, é explícito que o governo ocupa uma maior centralidade na agenda do que é discutido e deliberado pelos conselheiros. Entretanto, o governo vem cumprindo com a previsão legal. É necessária uma maior participação dos demais setores que compõem o conselho municipal de saúde. Isso demonstra a baixa participação dos conselheiros na proposição de pautas, que acarreta limitações da atuação dos mesmos na elaboração de agendas de debates e deliberação no conselho. Para Shimizu *et al* (2013) é necessário reconhecer que a falta de construção coletiva da agenda de discussões demonstra baixa permeabilidade dos conselheiros às questões colocadas pelos distintos segmentos participantes e pouca independência na identificação de prioridades para o debate e decisões. O grande volume das atividades propostas pelo governo impõe um ritmo intenso de trabalho que reduz a possibilidade de colocarem em discussão as questões relacionadas à formulação de políticas e ações para os municípios.

O estudo sobre instrumentos e mecanismos utilizados pelo conselho municipal de saúde, ganha maior espaço na aprovação de relatórios, ou ainda na análise e aprovação de demandas ou propostas de ações/programas governamentais, com vistas a garantir a transferência de recursos do nível nacional para o municipal (KLEBA; COMERLATTO; FROZZA,

2015). Nesse sentido, Landerdhal *et al* (2010) reforçam que os conselheiros municipais, por desempenharem um papel fundamentalmente público, deveriam sair do âmbito interno da burocracia e instituir mecanismos mais eficientes de contato com as próprias entidades representadas nos conselhos, a fim de que a população os conheça de fato e de direito como um dos mecanismos importantes do controle social.

É imperioso romper com práticas que caracterizam a democracia como de baixa intensidade, os cidadãos precisam saber que podem participar dos governos locais, estaduais e federais para além do voto. E os conselhos são uma das oportunidades que os cidadãos têm de participar mais efetivamente da gestão política de seu município. Os conselhos de saúde podem alcançar uma democracia de alta intensidade se contemplarem satisfatoriamente as seguintes dimensões: a partilha de poder, a reciprocidade e o reconhecimento. Entretanto, a democracia representativa tende a ser uma democracia de baixa intensidade, pois, ao definir de modo restritivo o espaço público, deixa intactas muitas relações de poder que não transforma em autoridade partilhada; ao assentar em ideais de igualdade formal e não real, não garante a realização das condições que a tornam possível (SANTOS; AVRITZER, 2002).

No presente estudo observou-se uma desconexão entre representantes e representados. Nesse sentido, Oliveira e Pereira (2014) mencionam que tal desconexão agravada pelos déficits de associativismo da sociedade local (e brasileira), compromete posicionamentos mais firmes dos conselheiros. Isso se verifica porque eles não vocalizam a contento demandas sociais. Assim, em democracias de massa, a participação discursiva precisa associar-se ao recurso da representação. Nesse processo, essa participação serve-se de suas possibilidades, mas também sofre com suas limitações. Os elos institucionais dos conselhos exprimem, além das fragilidades da representação, características da democracia liberal, onde a “confiança” depositada nos conselheiros pelas organizações que os indicam, capaz de dispensar o acompanhamento de sua conduta, lembra a relação entre políticos e eleitores no elitismo democrático em que, após as eleições (ato de seleção de representantes), apenas os primeiros se ocupam das questões públicas.

A participação permanente na gestão pública propõe novas exigências à atuação da sociedade, na medida em que se tornam responsáveis pela apresentação de propostas e alternativas que influenciem a política e o formato da gestão (SANTOS JUNIOR *et al*, 2004). Nesse sentido, os conselheiros apontam a necessidade premente de instituir um processo de educação permanente em saúde. A carência das capacitações, de acordo com Oliveira (2004) dificulta que os conselheiros desenvolvam todas as suas funções: a fiscalização do funcionamento do sistema de saúde e dos recursos financeiros; a deliberativa que diz respeito

à definição das políticas e prioridades de saúde, a avaliação e deliberação do plano de saúde; e por fim, a função consultiva, que trata da avaliação dos convênios ou outras questões de saúde. Nesse sentido, as pesquisadoras apontaram que parte dos usuários do SUS percebe a verticalização das práticas de saúde e vivência um vínculo fraco com os serviços, fruto de práticas em saúde que não atingiram o reconhecimento do usuário como pessoa, como parte de uma família e como membro de uma comunidade. (SILVA; FRACOLLI, 2014).

A instituição de práticas de gestão democráticas nos municípios está sujeito à forma como os conselhos de saúde se organizam para bloquear ou minimizar práticas clientelistas e a captura das esferas públicas por interesses corporativos; desenvolver práticas e estruturas horizontais de participação, capazes de gerar sujeitos políticos autônomos; e estimular e reforçar os vínculos associativos dos grupos locais (SHIMIZU *et al*, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação democrática de alta intensidade deve estar alinhada à qualidade da ação participativa dos conselheiros, com uma alta partilha da autoridade e capacidade deliberativa nas políticas públicas de saúde, onde o controle e a participação social devem estar ancorados em processos de mobilização e de promoção da cidadania plena para a construção de agendas políticas que orientem e articulem a participação dos cidadãos envolvidos na construção do direito à saúde.

A formação de cidadãos com maior capacidade de participação é fundamental para influir nos rumos das políticas de saúde, especialmente na melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica à saúde, visando contribuir para processos de transformação da realidade e fortalecimento das relações entre sociedade e Estado.

A significativa trajetória do conselho estudado, com vinte e três anos de existência, contribuiu para a consistência empírica da dissertação que conjuntamente com o referencial teórico escolhido observou-se que embora a sociedade civil tenha maior representatividade no conselho municipal de saúde, ainda é o Estado que detém centralidade na definição do que é discutido e decidido pelos conselheiros. Considerando a detecção da tímida participação da sociedade civil na definição da agenda e nas questões que discutam as condições que afetam a vida da comunidade fica evidente que há um risco eminente que o conselho seja apenas espaço de legitimação de decisões. O conhecimento técnico é fundamental, porém é necessário que o conhecimento popular esteja presente de forma participativa robusta para garantir a agenda de assuntos inerentes à qualidade de vida da população que não são abordados pelo governo. Também é necessária uma capacidade de monitoramento das políticas públicas de maneira cotidiana para que haja uma ampliação da intensidade democrática.

As informações e os dados obtidos nesta pesquisa referente ao perfil sócio econômico, atuação dos conselheiros, funcionamento do conselho e questões referente ao PMAQ acerca da participação social contrariam a hipótese de que o conselho municipal de saúde como campo político cidadão na luta pela ampliação do acesso e da qualidade na atenção básica à saúde no processo de implementação do PMAQ é caracterizado como de alta intensidade democrática, inferindo que a intensidade democrática do conselho municipal de saúde estudado é baixa. Pois, requerem vigor participativo, capilaridade social e convergência para a coletividade.

Na busca de alcançar a alta intensidade democrática o sociólogo Boaventura de Souza Santos propõe uma iniciativa de autoeducação para a emancipação social – a Universidade Popular dos Movimentos Sociais (UPMS), que pretende ser um espaço de formação política intercultural que promove o interconhecimento e a autoeducação com o duplo objetivo de aumentar o conhecimento recíproco entre os movimentos e organizações e tornar possíveis coligações entre estes e, facilitando, desse modo, a realização de ações coletivas conjuntas.

A UPMS funciona por meio de uma rede de interações orientada para promover a ecologia dos saberes e a tradução intercultural entre os atores sociais que, nas diferentes regiões do mundo, lutam por outro mundo possível, recorrendo a uma enorme diversidade de saberes e práticas coletivas. O objetivo é que da ecologia dos saberes e da tradução intercultural surjam ações coletivas mais amplas, mais articuladas e mais globais, sem nunca pôr em causa a identidade e a especificidade de cada movimento, de cada luta e de cada contexto.

REFERÊNCIAS

- AVRITZER, L. Teoria democrática e deliberação pública. **Lua Nova: Rev. Cultura e Política**. n.50 São Paulo, 2000.
- AVRITZER, L. Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. In: SANTOS, B. de S.(Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 561-598.
- AZEVEDO, E. M. Os conselhos gestores no controle popular das políticas públicas. **Jus Navigandi**, Teresina, PI, n.887, 2005. Disponível em: <<http://www.jus.com.br/revista/texto/7691>>. Acesso em: 07 abr. 2014.
- BAQUERO, M. Democracia, participação e capital social no Brasil hoje. In: FLEURY, S.L. L.V.C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 129-150.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v.18, n.1, jan. 2013.
- BOBBIO, N. **Marxismo e Estado**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- BRASIL. **Assistência social e cidadania**. Brasília, DF: MPAS, 1995.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2014.
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/>>. Acesso em: 11 ago. 2015.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de agosto de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 ago. 1990.
- _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 1990.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2003.

_____. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006: Divulga o Pacto pela Saúde e Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 fev. 2006.

_____. Portaria GM nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF;2011. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Boaventura Santos**: CNS é pioneiro na construção da democracia participativa, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/13_jun_boaventura.html>. Acesso em: 25 jun. 2014.

CARVALHO, J. M. P. Entre a zona canavieira e o sertão de Pernambuco: um projeto de educação e saúde. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro, RJ: Espaço e Tempo e Fase, 1986.

COSTA, V. M. R. Teoria democrática e conselhos de política social. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2002. P. 87-111.

CUNHA, E. S. M. A efetividade deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde e de Criança e Adolescente no Nordeste. In: AVRITZER, L. (Org.). **A Participação Social no Nordeste**, Belo Horizonte: UFMG, 2007. p.135-161

DAHL, R. **Sobre a democracia**. Brasília, DF: UNB, 2009.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T *et al.* (Org.). **Saúde e democracia história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.59-81.

FADEL, C.B. *et al.* Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, v. 43, n. 2, p. 445-56, mar./abr. 2009.

FARIA, C.L. Sobre os determinantes das políticas participativas: a estrutura normativa e o desenho institucional dos Conselhos Municipais da Saúde e de Direitos da Criança e do

Adolescente no Nordeste. In: AVRITZER, L. (Org.). **A Participação Social no Nordeste**, Belo Horizonte: UFMG, 2007. p. 111-134.

FERNANDES, F. M. B. Considerações Metodológicas sobre a Técnica da Observação Participante. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 262-274. Disponível em: < <http://www.ims.uerj.br/ccaps>>. Acesso em 20 dez. 2014.

FONSECA, F. Democracia e participação no Brasil: descentralização e cidadania face ao capitalismo contemporâneo. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 245-25, jul./dez. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802007000200013&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 mar. 2014.

FUHR, J.J. **Repensando o público e o privado junto ao SUS**. São Leopoldo: Oikos, 2013.

GOHN, M. G. **O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGS e redes solidárias**. São Paulo: Cortez, 2005.

GONÇALVES, M. de L.; ALMEIDA, M. C. P. de. Construindo o controle social e a cidadania em uma experiência concreta: o conselho municipal de saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP). **Saúde Debate**, v. 26, n. 61, p. 167-175, 2002.

HABERMAS, J. **Mudança Estrutural na Esfera Pública**. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1984.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características étnico-raciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça**. 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/default_raciais.shtm/>. Acesso em 16 jul. 2014.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**, 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>. Acesso em 22 ago. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Conselhos nacionais. **Perfil e atuação dos conselheiros: relatório final**. Brasília, DF: IPEA, 2013.

ISUNZA, V. E.; HEVIA, F. J. **Relaciones sociedad civil Estado en México: un ensayo de interpretación**. Xalapa: Ciesas, 2006.

KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D.; FROZZA, K. M. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. **Rev. Adm. Púb.** v. 49, n. 4, p. 1059-1079, 2015.

LANDERDHAL, M. C. *et al.* Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático. **Cien. Saude. Colet.** v. 15, n. 5, p. 2437-2445, 2010.

LÜCHMANN, L. H. H. **Possibilidades e limites da democracia deliberativa: a experiência do orçamento participativo de Porto Alegre**. 2002. 226 p. Tese (Doutorado em Ciência

Política) – Instituto Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

MANIN, B. As metamorfoses do governo representativo. **Rev. Bras. Ciências Sociais**; v. 10, n. 29, p. 5-34, 1995.

MARTINEZ, Z. Globalización política y nuevas formas de participación de la agencia humana. In: Ahedo, I. G. (Org.). **Democracia participativa y desarrollo humano**. Madrid: Dykinson, 2007. p.77-99.

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. **Participa Net SUS: Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

OLIVEIRA, V.C. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. **Saúde e Sociedade**. v. 13, n. 2, p. 56-69, 2004.

OLIVEIRA, V. C. S.; PEREIRA, J. R. Sociedade, Estado e Administração Pública: análise da configuração institucional dos conselhos gestores do município de Lavras/MG. **Caderno Gestão Pública e Cidadania**, v. 19, n. 64, p.18-40, jan./jun. 2014.

OLIVEIRA, V. C. S.; PEREIRA, J. R.; OLIVEIRA, V.A.R. Os conselhos gestores municipais como instrumentos da democracia deliberativa no Brasil. **Cadernos Ebape**, Rio de Janeiro, RJ, v.8, nº 3, p.422-437, set. 2010.

PEREIRA, M. F. Experiência de participação pública nos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil. In: SANTOS, B.S. (Org.) **Mundos sociais: saberes e práticas**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2008. p. 206.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Rev. Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, p. 14-32, ago. 2012.

PINTO, H. A.; KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a Atenção Básica**. 2012. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/artigoprioridade.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2014.

PIRES, R. R. C. **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília, DF: Ipea, 2011. Disponível em : <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_dialogosdesenvol07.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2014.

PIRES, R.; VAZ, A. **Participação social como método de governo?: um mapeamento das interfaces socioestatais nos programas federais**. Brasília, DF: IPEA, 2012.

PUTNAM, R. D. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006.

SANTOS, B. de S, AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B.S.; (Org.). **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. 3 Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

SANTOS, B. de S. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. In: SANTOS, B. de S. (Org). **Reinventar a emancipação social**: para novos manifestos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, B. de S, A **Gramática do tempo**: para uma nova cultura política. Porto: Edições Afrontamento, 2006.

SANTOS, B. de S. **O Fórum Social Mundial**: manual de uso. São Paulo: Cortez, 2005.

SANTOS, B. S. **Pela Mão de Alice**: O social e o político na Pós-Modernidade. São Paulo: Cortez, 2013.

SANTOS JUNIOR, O. A. **Governança democrática e poder local**: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SANTOS, C.C.S.; BASTOS, R.L. Participação Social: a construção da democracia na saúde brasileira. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, v. 24, n. 3, p. 266-273, jul./set. 2011.

SHIMIZU, H. E et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Cien. Saude. Colet.** v. 18, n. 8, p. 2.275-2.284, ago.2013.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 692-705, out./dez. 2014.

TAKAMATSU, S. L. **Gestão Pública Participativa**: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 1996. 226 f. Dissertação (mestrado em Administração Pública)-Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.

TEIXEIRA, S.F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

TEIXEIRA, C. E. Sistematização: efetividade e eficácia dos conselhos. In: CARVALHO, M. C. A. A.; TEIXEIRA, A. C. C. **Conselhos Gestores de Políticas Públicas**. São Paulo: Instituto Pólis, 2000.

APÊNDICE A – Anuência da Secretaria Municipal de Saúde para realização da pesquisa.



Pouso Alegre, 25 de setembro de 2014.

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas – CEP/UNIFAL
A/c. Coordenador do CEP/UNIFAL

ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, LUIS AUGUSTO DE FARIA CARDOSO, Secretário Municipal de Saúde de Pouso Alegre/MG, venho por meio desta informar a V S^a que autorizo a pesquisadora GISELLY GIANINI PELEGRINI, discente do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública e Sociedade (mestrado acadêmico) da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL, campus Varginha, a realizar/desenvolver a pesquisa intitulada "Democracia e Participação Social no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica à Saúde – PMAQ", sob a orientação da Prof.^a Dr.^a MARIA REGINA MARTINEZ.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Luís Augusto de F. Cardoso
Secretário Mun. de Saúde
Pref. Mun. de Pouso Alegre/MG

LUIS AUGUSTO DE FARIA CARDOSO
Secretário Municipal de Saúde
Pouso Alegre – MG

APÊNDICE B – Anuência do Conselho Municipal de Saúde para realização da pesquisa.



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE POUSO ALEGRE – MG
Criado pela Lei Municipal nº 2.608 de 06/07/92 e alterada pela Lei Municipal nº 3.252 de 15/04/97
Em conformidade com a Lei Federal 8.142 de 28/12/90 e Resolução CNS nº 453 de 10/05/2012

Pouso Alegre, 25 de setembro de 2014.

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas – CEP/UNIFAL
 A/c. Coordenador do CEP/UNIFAL

ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, JOSÉ AUGUSTO DE ANDRADE KAWABE, Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Pouso Alegre/MG, venho por meio desta informar a V. S.^a que autorizo a pesquisadora Giselly Gianini Pelegrini, discente do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública e Sociedade (mestrado acadêmico) da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL, campus Varginha, a realizar/desenvolver a pesquisa intitulada "Democracia e Participação Social no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica à Saúde – PMAQ", sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Regina Martinez.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

 JOSÉ AUGUSTO DE ANDRADE KAWABE
 Presidente do Conselho Municipal de Saúde
 Pouso Alegre – MG



APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG / Campus Varginha
 Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
 Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública e Sociedade
 Av. Celina Ferreira Ottoni, 4000 - Padre Vítor - CEP 37048-395



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa – “Democracia e Participação Social no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica à Saúde – PMAQ”, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: Democracia e Participação Social no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica à Saúde – PMAQ

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: GISELLY GIANINI PELEGRINI

ENDEREÇO ELETRÔNICO: gisellygpelegrini@gmail.com

ENDEREÇO: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Alfenas-MG.

TELEFONE: (35) 9923-2014

ORIENTADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO: Maria Regina Martinez

OBJETIVOS: analisar a intensidade democrática de participação de um conselho municipal de saúde e investigar a percepção dos conselheiros em relação ao programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica à saúde (PMAQ), caracterizar a organização e funcionamento do conselho municipal de saúde; qualificar o perfil sócio econômico e participativo dos conselheiros municipais de saúde e analisar a representatividade social dos conselheiros municipais de saúde.

JUSTIFICATIVA: O controle social articula um conjunto de saberes, ações, instrumentos e recursos que fazem parte da política pública qualificada numa participação ampla e representativa das necessidades da comunidade. O conselho municipal de saúde é uma instância de participação social onde os cidadãos se colocam no centro da teia decisória e avaliativa das Políticas de Saúde, cobrando do Estado o seu papel de instrumentalizador das políticas sociais no interesse da coletividade. Nesse sentido, urge a necessidade de analisar mais profundamente a intensidade democrática do conselho municipal de saúde, considerando que o controle social pela população é fundamental para a consolidação da reorientação do modelo de atenção com enfoque na atenção básica consoante às

necessidades de saúde. Como política emergente de profissionalização da gestão de saúde dos municípios, a análise dos resultados advindos da implantação do PMAQ é de interesse científico na medida em que permite inferir como suas diretrizes podem efetivamente melhorar a qualidade da Atenção Básica.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: É uma pesquisa descritiva e explicativa com abordagem qualitativa a partir de um estudo de caso. A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de entrevista semiestruturada aos conselheiros municipais e gravação e transcrição de duas reuniões do conselho. A escolha dos participantes será de forma a envolver, de forma paritária, os dezesseis membros representantes das instituições com assento no conselho municipal de saúde de Pouso Alegre – MG.

RISCOS E DESCONFORTOS: os riscos são mínimos, podendo vir a ocorrer algum pequeno desconforto devido ao tempo concedido para a entrevista.

BENEFÍCIOS: contribuir para a compreensão do fenômeno estudado e inaugurar o estudo da Democracia e Participação Social no PMAQ.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: não haverá nenhum gasto com sua participação. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: a pesquisadora garantirá o sigilo que assegure a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu, _____ declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pela pesquisadora Giselly Gianini Pelegrini dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu

acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep-37130-000, Fone: (35) 3229-1318, no email:comite.etica@unifal.mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

LOCAL E DATA:

(Nome por extenso)

(Assinatura)

(NOME E ASSINATURA DO SUJEITO OU RESPONSÁVEL (se menor de 21 anos).

APÊNDICE D – Questionário padrão - Conselheiros Municipais de Saúde.

Observação para facilitar o preenchimento:

Setor – considere o termo “setor” como sendo aquele estabelecido para fins de composição deste conselho: representantes da sociedade civil (SC), dos trabalhadores de saúde (T), da gestão (G) e dos prestadores de serviço privados e/ou com fins filantrópicos (P).

Base de apoio: considere como “base de apoio” o grupo principal de pessoas representadas pelo (a) conselheiro (a).

1. Sexo:

Masculino Feminino

2. Cor/raça:

branca preta amarela parda

3. Escolaridade:

Ensino Fundamental Ensino médio Superior incompleto
 Superior completo Especialização Mestrado incompleto
 Mestrado completo Doutorado incompleto Doutorado completo

4. Qual a sua religião ou culto?

5. Faixa etária:

até 20 anos de 21 a 30 anos de 31 a 40 anos
 de 41 a 60 anos mais de 60 anos

6. Renda familiar mensal (média)

abaixo de R\$ 500,00 de R\$ 500,00 até 1.500,00 de R\$ 1.501,00 até 2.500,00
 de R\$ 2.501,00 até 4.000,00 acima de R\$ 4.000,00 não sabe

7. Situação no CONselho:

titular suplente não sabe

8. Nome da organização que representa no conselho: _____

9. Setor a que pertence: _____

10. Há quanto tempo é conselheiro (a) deste conselho? (tempo efetivo de exercício como titular ou suplente, ininterrupto ou intercalado)

menos de 1 ano de 1 a 3 anos de 4 a 6 anos
 de 7 a 10 anos mais de 10 anos não sabe

11. No seu período no conselho já representou outros setores:

não sim, quais : _____

12. Além deste conselho, você é ou foi conselheiro (a) de outros conselhos de políticas públicas?

não sim, mas atualmente sou conselheiro (a) apenas deste conselho
 sim, sou conselheiro (a) de outros conselhos. Quais _____

BLOCO II – ATUAÇÃO DOS (S) CONSELHEIROS (AS)

13. Como você considera a composição do conselho em relação a cada um dos itens abaixo:

13.1 N° total de conselheiros

13.2 Diversidade de setores representantes

13.3 Número de conselheiros em cada setor

13.4 Forma da escolha das entidades com assento no conselho

13.5 Forma de escolha dos conselheiros dentro das entidades

14. Na sua atuação no Conselho, que interesses você defende prioritariamente?

1. Nenhum interesse específico. Sigo apenas as minhas convicções pessoais.	()
2. Interesses da minha instituição	()
3. Interesses do meu setor	()
4. Interesses de redes ou movimentos organizados em função de temas ou problemas específicos	()
5. Interesses de toda coletividade	()
6. Não sabe	()
7. Outros	()

15. Avalie o seu grau de articulação com os demais setores do conselho, segundo a tabela abaixo. (Marque com um "X" a coluna correspondente de cada setor):

	Muito satisfatória	Satisfatória	Pouco satisfatória	Insatisfatória	Não sabe
Sociedade civil	()	()	()	()	()
Gestão	()	()	()	()	()
Trabalhador	()	()	()	()	()
Prestador de serviço	()	()	()	()	()

16. No exercício do seu mandato como conselheiro(a) você tem alguma base de apoio?

1. () Sim, qual (is) _____
2. () Não
3. () Não sabe

17. Com que frequência você mantém contato com sua base de apoio?

18. Quais as principais formas de contato com a sua base de apoio? (Marque as três principais)

1. () Não tenho base apoio
2. () Telefonema
3. () E-mail/lista de discussão
4. () Reuniões presenciais
5. () Conversas pessoais
6. () Facebook e afins
7. () Home-page institucional
8. () Carta ofício
9. () Fax
10. () Mensagem (torpedo sms)
11. () Não sabe
12. () Outra (s): _____

19. Com que frequência você consulta sua base de apoio para:

I- Definir/sustentar posicionamento no conselho:

II-Relatar os debates/deliberações do conselho:

III- Prestar contas sobre a atuação no conselho:

IV- Construir/fortalecer as articulações:

BLOCO III- FUNCIONAMENTO DO CONSELHO:

20. Para você, com que frequência a atuação dos (as) conselheiros (as) corresponde aos interesses dos seus respectivos setores?

21. Avalie a influência da atuação do conselho em relação a:

	Muito significativa	Significativa	Pouco significativa	Não tem influência	Não sabe
1. Agenda do legislativo	()	()	()	()	()
2. Políticas públicas de saúde	()	()	()	()	()
3. Políticas públicas de outras secretarias com os quais o conselho se relaciona	()	()	()	()	()
4. Iniciativa da sociedade civil	()	()	()	()	()
5. Percepção da opinião pública sobre o tema deliberado no conselho	()	()	()	()	()

22. Em geral, os assuntos tratados no conselho são facilmente compreendidos por todos os (as) conselheiros (as)?

23. A linguagem utilizada nas reuniões é facilmente compreendida e apropriada por todos os (as) conselheiros (as)?

24. Em geral, como você avalia o papel dos setores abaixo na atuação do conselho? (Marque com um "X" a coluna correspondente de cada setor):

	Ajuda bastante	Ajuda	Não ajuda nem atrapalha	Atrapalha	Atrapalha bastante	Não sabe/ Não se aplica
Sociedade civil	()	()	()	()	()	
Gestão	()	()	()	()	()	
Trabalhador	()	()	()	()	()	
Prestador de serviço	()	()	()	()	()	

25. Avalie as seguintes estruturas administrativas e organizacionais do conselho (Marque com um "X" a coluna correspondente de cada setor/segmento):

	Muito satisfatória	Satisfatória	Pouco satisfatória	Insatisfatória	Não sabe/ Não se aplica
1. Secretaria Executiva	()	()	()	()	()
2. Meios de comunicação e divulgação (informes, página eletrônica, publicações)	()	()	()	()	()
3. Regimento interno e resoluções	()	()	()	()	()
4. Presidência	()	()	()	()	()
5. Plenária	()	()	()	()	()
6. Comissões temáticas	()	()	()	()	()

26. Na sua opinião, quais são as principais dificuldades e obstáculos enfrentados atualmente pelo conselho? (Marque no máximo três alternativas)

1. () Pouco tempo de discussão nas reuniões
2. () Reuniões muito esparsas
3. () Excesso de reuniões
4. () Pauta e subsídios para discussão disponibilizados com pouca antecedência
5. () Carência de estrutura (salas, espaço físico e equipamentos)
6. () Questões políticas alheias à agenda do conselho
7. () Excesso de burocracia
8. () Divergência nas opiniões dos conselheiros
9. () Baixa prioridade política por parte do poder público
10. () Baixa autonomia sobre o orçamento do conselho
11. () Ausência de remuneração governamental para o conselheiro
12. () Outras _____

27. Quais os principais pontos fortes do conselho?

28. O que poderia ser feito para ,melhorar a atuação do conselho?

BLOCO IV - PMAQ

29. O(a) conselheiro (a) conhece o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica à saúde - PMAQ?

Sim Não Não sei

30. Como você obteve acesso a proposta do PMAQ? Como ele lhe foi apresentado?

31. Como você entende a proposta PMAQ?(reconhecimento dos propósitos)

32. Como você avalia as ações presentes nas fases do PMAQ? (Marque com um "X" a coluna correspondente a cada fase):

	Muito satisfatória	Satisfatória	Pouco satisfatória	Insatisfatória	Não sabe/ Não se aplica
1. Adesão e contratualização	()	()	()	()	()
2. Auto avaliação	()	()	()	()	()
3. Avaliação Externa	()	()	()	()	()
4. Financiamento	()	()	()	()	()
5. Monitoramento	()	()	()	()	()
6. Participação do conselho	()	()	()	()	()

32. Você poderia destacar algumas contribuições do PMAQ, para a melhoria da atenção básica no município?

33. Gostaria de dizer algo mais sobre o PMAQ?

34. Espaço destinado para considerações adicionais bem como críticas e sugestões sobre este questionário.

APÊNDICE E – Categoria alta intensidade democrática.

FORMALIDADE	COLETIVIDADE	DIÁLOGO
<p>O conselheiro está sempre apoiando os planos de saúde em benefício da população. Então de maneira geral eu acredito que o conselho tem feito um trabalho muito bom, É discutido, é exposto os fatos, os planos de trabalho que tem sido feito pelos representantes da secretaria de saúde e pelas pessoas da mesma área...CMSSC1</p> <p>... às vezes a gente vê que o representante do usuário, ele não tem muito conhecimento técnico e muitas vezes ele é dominado, ele é levado a votar em algo que ele vota no escuro... CMSSC7</p> <p>... hoje nós temos as pessoas da secretaria que vem dar informações para os conselheiros.... CMSSC4</p> <p>Acompanhar, analisar e aprovar todos os planos de governo na área de saúde... CMSSC1</p> <p>Vamos ali, vamos votar. E então, eu gostaria de ver o conselho ser reconhecido, sabe. A importância dele, as pessoas o procurando. Eh, melhorou? Melhorou. CMSSC7</p> <p>Eu acredito que seria a aprovação das coisas boas para utilizar na saúde, né... deveria ter uma fiscalização sobre isso também, né. No caso de verbas, liberação de</p>	<p>Nós somos convidados a participar dos encontros, das conferências. Daí ... vem as palestras como finalidade de ter o conselho no município E a finalidade é que nós usuários, o povo em geral que ter alguém lá para ajudar senão se torna difícil administrar ... CMSSC1.</p> <p>Eu acho que é a forma mais democrática, na conferência de saúde. CMSSC3</p> <p>... Por que não é mais por interesse particular , que antes eles candidatavam para fazer nome como candidatos na política. Hoje, não. Hoje pela instituição eles cumprem como um todo eles preocupam mais com as causas da saúde não tanto com o pessoal. CMSSG1</p> <p>Eu sempre tento trazer para cá, um desejo não só da minha base mas como também de toda a sociedade, né... CMSSC7</p> <p>...a gente avalia o que está precisando no bairro. O posto de saúde, né. O atendimento médico...A gente pergunta</p>	<p>Normalmente eu repasso para minha base de apoio tudo que me é passado. Agora, eles questionam pouco. Eu sou mais um veículo de informação do que se passa aqui para que eles estejam informados. É uma entidade muito organizada, estruturada. São pessoas que participam ativamente da vida pública. Então não tem muito o que pedir que eu faça aqui.CMSSC6</p> <p>É o dia a dia. Porque o pessoal está sempre perguntando, procurando.... Como que funciona, como que deixa de funcionar... CMSSC4</p> <p>... Com a minha classe eu tenho dificuldade, mas com os outros eu tenho mais facilidade e acaba que a opinião de todo mundo e acaba chegando num consenso. Mas, nada é discutido aqui por último. Sempre a gente tá discutindo de outra forma, não pessoalmente, né. Mas de outra forma. Tem grupo, né.... CMST2</p>

<p>verbas. Eu acredito que quando se libera a verba a gente tanto tem que fiscalizar quanto tem que saber se aquela verba está destinada mesmo. A gente fica meio na dúvida sobre isto. CMSSC8</p> <p>Ele foi apresentado em reuniões, né. Então ele foi avaliado, foi estudado pelo pessoal aqui das comissões. Eu acredito que é um bom projeto. CMSSC4</p> <p>Ele me foi apresentado um pouco antes, seguindo o trâmite de conselho, durante a adesão dele aqui no município. Foi apresentado para a gente numa reunião de plenária. Antecipadamente da reunião também a gente recebeu o material. A gente se reuniu, conversou, deliberou com a gestão e conselheiros alguns assuntos. Mas, o primeiro contato que eu tive foi através da gestão que antecedeu uma reunião de plenária que ia tratar o assunto. CMST1</p> <p>Foi apresentado através de material, né. E no conselho foi enviado para nós. CMST2</p> <p>...em 2012. Porque foi na época em que tudo começou a adesão ao pmaq. Porque eu estava junto com a F, eu tive logo acesso assim que chegou na secretaria de saúde. Eu já era do conselho. Nós passamos no conselho na época ... CMMSG1</p> <p>O PMAQ foi apresentado numa reunião de conselho, né. Nós recebemos o material, que a gente avaliou antes</p>	<p>para a enfermeira, para o médico como está indo. Cada vez que nós nos reunimos sempre tocamos o assunto do conselho e da nossa participação. CMSSC8</p> <p>A união e a vontade de acertar. Eu aprendi a gostar do conselho, justamente, pela vontade de se fazer alguma coisa para a saúde. E com isso o conselho me dá muita esperança de melhoria na saúde aqui do município. Gosto muito de estar no conselho. CMSSC3</p> <p>Eu acho o pessoal engajado, tem participado. O conselho deu um salto qualitativo muito grande de anos anteriores pra cá. CMSSC6</p> <p>meio na dúvida sobre isto. CMSSC8</p> <p>... A união dos conselheiros. Considero isso muito valioso. Considero essa proximidade que tem de forma respeitosa que existe no conselho pela gestão. Antigamente era uma forma muito política... A gente sempre foi jogado, era sala do secretário, era uma local sem estrutura. A estrutura humana o motorista é disponibilizado quando a gente precisa. Tem a secretaria executiva. CMST1</p>	<p>Sempre as discussões das pautas são direcionadas para base de apoio, ou assessoria jurídica ou setores afins. E antes de todas as reuniões tem discussão das pautas. CMSP1</p> <p>Semanalmente. Uma semana logo após a reunião, eu falo olha na reunião aconteceu isso, isso, isso. Foi aprovado isso, isso, isso e está nos e-mails, podem consultar. CMSSC6</p> <p>Todas as vezes que tem a pauta. Ai eu direciono cada. Se for uma discussão específica, eu vou até a base de apoio daquela área para obter informações e ir preparada para as reuniões. CMSP1</p> <p>...Uma semana logo após a reunião, eu falo olha na reunião aconteceu isso, isso, isso. Foi aprovado isso, isso, isso e está nos e-mails, podem consultar. CMSSC6</p> <p>Eu normalmente transcrevo para minha base de apoio tudo que me é passado... É só mais efeito de informação do que se passa aqui para eles estarem informados CMSSC6</p>
---	--	---

<p>e foi esclarecido pela secretaria municipal de saúde. CMSP1</p> <p>... Eu entendo que tudo foi muito bem planejado, muito bem estruturado. A execução que cabe ao gestor, a gestão e a população entender como fica essa aplicação, porque às vezes ela fica um pouco falha. Não falho, ele fica aquém da informação que deveria chegar. Mas, é muito válido. As informações que vem dentro dele, o propósito dele que quando você põe melhoria, qualidade e saúde junto tende a ser algo positivo...O caminho dele é perfeito. CMST1</p> <p>... O que eu vejo aqui no conselho é que são poucas pessoas que trazem assunto de fora. Muito do que a gente debate aqui dentro são pautas solicitadas pelo governo porque a gente precisa aprovar... A gente acaba debatendo sobre coisas que a mídia divulga e não que o conselheiro trouxe. Por exemplo, a questão do SAMU... CMSP2</p>	<p>... A união e o comprometimento. Eu tenho mais de dez anos de conselho e, nesse período eu acho que esse é o melhor conselho que teve nesses últimos dez anos. De estar sempre comprometido mesmo, em resolver uma situação.... CMSP1</p> <p>... o pmaq me encantou. Porque eu encontrei... as meninas lá do PSF vieram me abraçar todas felizes... porque elas tinham alcançado a melhor nota, eu fiquei muito satisfeita de ver aquilo. Por que lá é o bairro mais carente que nós temos... um melhor atendimento e acolhimento junto aos mais carentes, mais necessitados. Eu fiquei muito feliz. CMMSG1</p>	<p>... tem muitas pessoas, especialmente pelo lado dos gestores e trabalhadores, eles orientam aqueles que têm maior dificuldade. Lá tem representantes rurais, então a gente vai aprendendo... Eu vejo que o pessoal se solta e fala mesmo sobre o assunto e entende. CMSSC1</p> <p>...Eu faço um relatório de tudo. Na minha organização, nós fechamos que é sempre importante ter esse relatório. Então, sempre que tem reunião, eu mando para eles, explico tudo o que aconteceu. Isso aí eu sempre faço. CMST3</p>	<p>... Todo mundo fala o que pensa, o que acha. Argumenta se for necessário, do jeito deles, né. É claro que a língua tem que ser diversificada para dar um charme, né. Mas, o entendimento é bacana. CMSSC5</p>
--	--	---	--

IMPREVIDÊNCIA	NÃO COLETIVIDADE	PERSONALIZAÇÃO
<p>Eu não sei qual é o total, mas acho que é um número bom de pessoas que trabalham. Eu não sei quantos conselheiros são. Você sabe? CMSSC3</p> <p>... acho que é pouco divulgado, porque eu falei até pela minha própria instituição. Nós fomos procurados, mas até então não havia representatividade nenhuma. ... Porque tem muita gente que quer participar e não sabem como participa. Talvez uma forma de divulgação diferente. CMST3</p> <p>Às vezes a pessoa não tem interesse porque não sabe a importância que é o conselho... aquele determinado prestador ou aquela associação ou aquele usuário não sabe o que é o conselho. Talvez se ele soubesse, ele poderia participar, ele poderia contribuir. ... CMSP2</p> <p>... entidades ainda não conhecem o conselho e as pessoas envolvidas também não tem interesse em discutir política de saúde dentro do conselho, ou elas não sabem ou não tem interesse. CMST2</p> <p>Nenhuma. Nem sabia que era preciso fazer isso. A gente encontra naturalmente, comenta, mas não existe uma frequência. CMSSC3</p> <p>Ah, essa é muito bom. Nós reunimos muito pouco depois das reuniões. ...Daí essa é uma falha. CM5G1</p> <p>Também, atualmente nenhuma frequência. CMSSC1</p> <p>... Minha base é só por amizade mesmo e quando eu encontro com eles é para resolver problema da entidade....Mas vou sugerir a eles que a gente possa analisar, estudar e ver o que pode ser feito aqui. CMSSC3</p>	<p>... O que eu sei por exemplo, é o pessoal da zona rural, a maçonaria, a entidade da qual eu represento, né. E eu não tenho mais conhecimento assim de outras entidades que representam. CMSSC3</p> <p>Eu acho que deveria haver mais classes representadas aqui. É o que a gente pretende, contemplar uma vaga para classe negra, uma vaga para cadeirante, uma vaga para o idoso. Há outros segmentos da sociedade com necessidade de ter voz no conselho. CM5G2</p> <p>... eu vejo que muita gente falta e talvez porque a ata daquela</p>	<p>Nenhuma, nenhuma. ... Infelizmente não há interesse. Não há esse conceito de instituição e representatividade dentro do conselho. É a pessoa, você é conselheiro e o problema é seu, a gente te pôs lá.. CMST1</p> <p>... Quando existe um momento em que tem que estar todos, os suplentes e os titulares, aí realmente ele (o conselho) fica lotado ... e existe uma divergência muito grande de opiniões. Principalmente entre suplente e titular, às vezes. ... CMST3</p> <p>... como de tradição, domina mais a parte do representante do trabalhador. Ela sempre domina sobre os outros, porque a maioria das pessoas que estão ali não tem o conhecimento técnico. CMSSC7</p> <p>... Eu acredito que é bem mais representado pelos funcionários que</p>

<p>Mais o prestador, mais o trabalhador. Agora o usuário, por exemplo, eu não vejo eles defendendo. Eu acho que é uma falha do próprio conselho. CMMSG2</p> <p>. Para mim no começo foi uma dificuldade enorme. Eu ficava “boiando” ... estudei um pouquinho mais e o que me dificulta muito são as siglas... Mas eu observo que eu não sou a única não. Às vezes eu converso com algum conselheiro que já está a mais tempo do que eu aqui e também não entendeu muita coisa. CMSSSC3</p> <p>... tem matérias que uns dominam mais e tem uns que ...fica, né, “moscando”... Às vezes fica pescando alguma coisa para poder falar... CMSSSC5</p> <p>...Isso vai ter um questionamento meu numa reunião, a facilidade às vezes acaba assumindo pelo que o outro vota, pelo que o outro questiona e você acaba tendo dúvida e se omitindo em relação a isso. .. CMST1</p> <p>...Tem alguns que vão lá, votam, mas às vezes não sabem o que está acontecendo. Eu senti essa dificuldade no começo, principalmente por não ter tido uma vivência ... Então eu precisei estudar para entender o que era um conselho ... mas não sei se todos tiveram essa percepção, essa busca, essa melhoria, né. Pelo que eu sinto, alguns votam, alguns falam, mas às vezes não sabem o que está acontecendo de fato. CMST3</p> <p>... O conselheiro espera para votar por desconhecer. Às vezes ele (o conselheiro) não participa e, se apegar a exemplos dentro do conselho. Então, aquela velha tática, eu levanto a mão primeiro para que o outro levante também. ... CMMSG2</p> <p>... a gente não é da área e tem hora que fica “boiando” e muitas pessoas tem</p>	<p>determinada reunião não é de interesse do setor que a pessoa representa ou da entidade que a pessoa representa.... CMSP2</p> <p>Ah, eu acho meio bagunçado... Na minha opinião, muito bagunçado. Eu acho que deveria ter uma diretriz diferenciada, entendeu, para poder buscar essas entidades e fazer que elas participem... o interesse é muito pouco. E, depois para compor o conselho municipal de saúde tem que ser na base do laço. CMSSSC5</p> <p>... eu acho que deveria ser aberto a todo mundo. Se o indivíduo é filiado a uma associação, a algum sindicato ou não e essa pessoa tem disponibilidade,</p>	<p>entendem um pouco mais a respeito da saúde, né. ...</p> <p>.. falta de participação das entidades, né. Porque foram convidadas...está faltando a participação das entidades no conselho. CMSSSC8</p> <p>É que hoje ninguém quer participar. Então, geralmente aquele que participa é aquele mesmo que gosta. Por não ser uma coisa remunerada, então você não tem uma grande abertura com as pessoas, ... CMSSSC4</p> <p>... Eu acho que, no meu caso, vai você que era o único que estava disponível e pronto, entendeu. Às vezes nem tem regrinha para escolher, vai aquele que é mais atuante. CMSSSC5</p> <p>A gente olha mais ou menos a disponibilidade, o voluntariado..., o interesse da participação e alguém que possa efetivamente representar a entidade que está sendo escolhida.” CMSSSC6</p>
---	--	--

<p>vergonha de perguntar, né. CMSSC7</p> <p>Reciclar os conselheiros. A parte de ter um manualzinho para que eles fiquem mais por dentro da burocracia, dos projetos, dos projetos de lei, de lei que regulamentam os conselhos. Isso é interessante, um cursinho de preparação... CMSSC6</p> <p>... Quando as pessoas estão reclamando algo que não justifica, então orientar essas pessoas para participar do conselho. Porque aqui deve ser o lugar. Quem trabalha no setor sanitário, quem trabalha no controle da dengue tinha que ter essa informação. Muitos funcionários da área de saúde desconhece o conselho. CMSSC7</p> <p>... O conselho não é meu. Essa distância que existe entre o conselho e a sociedade precisa melhorar CMST1</p> <p>... Ficaria muito feliz se a população viesse espontaneamente. Seria maravilhoso e isso depende da gente. CMMSG2</p> <p>... porque saiu portaria em cima da hora, a gente precisa aprovar. Então, muita coisa que a gente aprova, muito assunto aqui a gente acaba se interagindo do assunto na hora da reunião, através daquela explicação a gente ... e já dá o parecer e já aprova tudo ali. ... Eu não sabia o que era o projeto sobre o estudo que você estava fazendo, talvez se estivesse tido algum treinamento pelo menos dos programas básicos, como é, como funciona a gente ia estar no mesmo nível de conhecimento... a gente ia conseguir falar, se entender né. Eu acho às vezes que isso não acontece, precisa de treinamento, né. CMSP2</p> <p>Foi mais por curiosidade...se eu quisesse ver alguma coisa ou obter algum conhecimento disso tinha que procurar saber... Então fui lendo, ou outro</p>	<p>interesse, eu acho que deveria ser aberto para essas pessoas também. CMSSC7</p> <p>Não existe uma frequência ... Eu venho aqui, encontro, falo com o presidente.. então estamos sempre comentando. CMSSC3</p> <p>A mídia acompanha a câmara de vereadores, ela não acompanha aqui. Por isso que é muito fácil do setor político vim destruir aqui, antes de chegar lá...Não tem apoio, né. CMSSC7</p>	<p>... Pouco interesse, parte muito mais do conselho do que a associação que ele representa. A grande maioria das associações que nós temos no conselho é feita por uma pessoa da associação. Então, é muito falha, muito falha. CMST1</p> <p>... Com a minha classe eu tenho dificuldade, mas com os outros eu tenho mais facilidade e acaba que a opinião de todo mundo e acaba chegando num consenso.. CMST2</p> <p>... A gente ainda luta muito com as questões de interesses pessoais, mas são esporádicos. Quase sempre, eles defendem sim os interesses do setor que representam aqui dentro. Quase sempre. CMST1</p> <p>Alguns brigam por interesses próprios, outros brigam por interesses políticos e alguns brigam ainda pelo coletivo.... CMST3</p> <p>... Claro que às vezes tem alguns interesses pessoais. Mas não é a maioria. CMSP1</p> <p>... É mais difícil entender quando</p>
--	--	--

<p>conselheiro falou ou até mesmo os agentes, né. Porque eu também nem sabia o que era o pmaq...Expressava sempre por sigla... a gente não sabe corretamente o que significa aquela sigla. Mas depois, era de melhorias para a atenção, aí ficou mais fácil de entendimento. CMSSC5</p> <p>Oh, eu fiquei muita em dúvida com a questão aí, porque eu tenho uma noçãozinha...mais ou menos a apresentação (evento para apresentação dos resultados do pmaq aos trabalhadores da atenção primária), entendeu. Mas, dentro daquilo que tem colocado, no geral as pessoas saem com uma noção sim. Não sei, enrolei, mas acho que não respondi a pergunta bem. CMSSC7</p> <p>... Eu acho que ele veio para somar, entendeu. Só que ainda para nós ele é ainda muito pouco falado, muito pouco conhecido. As pessoas não sabem o que é, ou até mesmo alguns conselheiros não sabem o que significa... Porque é um programa tão bacana que às vezes pouco divulgado. CMSSC5</p>	<p>tem “politiquinha” no meio. Às vezes quer crescer como entidade e falar que está faltando isso, isso e é tudo por causa de política, né. E isso é em todos os setores... CMSSC2</p>
--	--

ANEXO – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Democracia e Participação Social no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica à Saúde - PMAQ

Pesquisador: Giselly Gianini Pelegrini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39438814.6.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 968.618

Data da Relatoria: 03/12/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo de caso com abordagem qualitativa, o projeto visa a analisar a intensidade democrática de participação de um conselho municipal de saúde no que tange ao programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica à saúde (PMAQ). Para tanto, serão entrevistados 16 membros do CMS do município de Pouso Alegre.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos primários: Analisar a intensidade democrática da participação nos conselhos municipais de saúde no que tange ao PMAQ nos centros de saúde da família do município.

Objetivos secundários:

- Qualificar o perfil sócio-demográfico dos conselheiros municipais de saúde;
- Caracterizar a organização e funcionamento dos conselhos municipais de saúde;
- Identificar a percepção dos conselheiros em relação ao PMAQ

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos bem explicitados no projeto que são fartamente superados pelos benefícios pretendidos.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 968.618

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem escrito, com linguagem clara e adequada, que demonstra a relevância da pesquisa, bem como a adequação metodológica e teórica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos necessários foram apresentados de forma adequada.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP acata o parecer do relator.

ALFENAS, 02 de Março de 2015

Assinado por:
Cristiane da Silva Marciano Grasselli
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br