

Francieli Regina Bortoli

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL  
NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRICIÚMA/SC**

Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
da Universidade Federal de Santa  
Catarina como requisito para obtenção  
do título de Mestre em Saúde Coletiva.  
Orientador: Prof. Dr. Douglas  
Francisco Kovaleski

Florianópolis  
2018

Bortoli, Francieli Regina  
Avaliação da efetividade da participação social no  
Conselho Municipal de Saúde de Criciúma/SC /  
Francieli Regina Bortoli ; orientador, Douglas  
Francisco Kowaleski, 2018.  
152 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,  
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

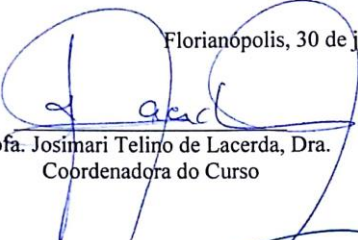
1. Saúde Coletiva. 2. Conselho de Saúde. 3.  
Controle Social. 4. Participação Comunitária. 5.  
Sistema de Saúde . I. Kowaleski, Douglas Francisco.  
II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.  
Título.

FRANCIELI REGINA BORTOLI

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL  
NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRICIÚMA/SC**

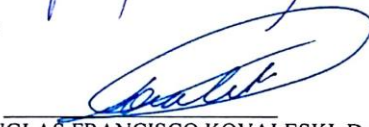
Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Mestre (a) pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 30 de julho de 2018.



Profa. Josimari Telino de Lacerda, Dra.  
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



Prof. DOUGLAS FRANCISCO KOVALESKI, Dr.  
UFSC (Presidente)



Prof. JULIAN BORBA, Dr.  
(UFSC)



Prof. SERGIO FERNANDO TORRES DE FREITAS, Dr.  
(UFSC)



## AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas. Por esta razão, quero expressar toda a minha gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta tarefa se tornasse uma realidade. A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos.

À minha família, meus pais Nilo e Marilete e meu irmão Felipe, a quem dedico esta conquista, agradeço pelo amor recebido, pelo exemplo de vida e determinação, por serem minha referência e estarem sempre presentes na minha vida de uma forma indispensável, mesmo distantes por tantos quilômetros. À vocês minha eterna gratidão.

Ao meu namorado, Marcelo, agradeço por todo amor, apoio e compreensão. Obrigada por estar sempre ao meu lado, fazendo acreditar que eu posso mais do que imagino.

Ao meu orientador, Professor Douglas, pelo seu incentivo, disponibilidade e apoio. Muito obrigada por abrir horizontes e por corrigir quando necessário sem nunca desmotivar, sendo fundamental na transmissão de experiências, na criação e solidificação de saberes.

A todos os professores da UFSC, que fizeram parte da minha trajetória no mestrado e transmitiram seus conhecimentos, experiências profissionais e de vida.

Aos meus amigos e colegas de mestrado, que estiveram presentes nesta jornada, contribuindo através de gestos e palavras de incentivo.

E por fim, mas não menos importante, gostaria de agradecer a Deus por me guiar e iluminar para seguir em frente, lutar pelos meus objetivos e não desanimar diante das dificuldades.



*“O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia.”*

Robert Collier





## RESUMO

Este estudo buscou avaliar a efetividade da participação social a partir de um Conselho Municipal de Saúde, com o intuito de produzir informações que contribuam para o aprimoramento do trabalho desenvolvido através da participação popular. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, sobre o Conselho Municipal de Saúde de Criciúma (SC). A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas e análise documental. Na análise documental foram investigadas as atas, memórias, relatórios de reuniões, resoluções do CMS. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 12 integrantes do CMS e tiveram duração média de 30 minutos a uma hora. As informações analisadas indicam alguns desafios, quais sejam: a falta de cultura participativa por parte dos cidadãos em fazer parte desses espaços e exercer sua cidadania; o conflito de interesses no interior do conselho, sobretudo interesses individuais e políticos; e a falta de incentivo e apoio do grupo político que constitui o governo em ampliar e aprofundar a participação. Entretanto, mesmo diante dessa realidade os conselheiros apresentaram uma positiva atuação, estreitando o vínculo com a comunidade, incentivando a sua participação e impactando sobre o acesso e qualidade dos serviços de saúde, alavancando resultados práticos e progressos de acordo com as necessidades locais elencadas pela população. Outrossim, as normas para ocupação da presidência e definição das pautas, a oferta de cursos de capacitação aos conselheiros, bem como a forma em que são colocados em prática os princípios deliberativos, com exceção da inclusão deliberativa, elevam este conselho ao nível de democratização mais próximo ao desejado. Nesse sentido, é preciso que haja ressonância entre o governo e a sociedade civil, para que a participação se torne efetiva. E, evidencia-se o papel fundamental da educação na formação do cidadão, bem como de práticas que valorizem o empoderamento, através da informação e conscientização.

**Palavras-chave:** Conselho de Saúde; Controle Social; Participação Comunitária; Efetividade; Sistema de Saúde.



## ABSTRACT

This study aims to evaluate the effectiveness of social participation in a Municipal Health Council, with the purpose of producing information that contributes to the improvement of the work developed through popular participation. This is a qualitative research on the Municipal Health Council of Criciúma (SC). Data collection was done through semi-structured interviews and documentary analysis. In the documentary analysis were investigated the minutes, memoirs, reports of meetings, resolutions of the CMS. The semi-structured interviews were performed with 12 members of the CMS and had an average duration of 30 minutes at one hour. The information analyzed indicates some challenges, namely: the lack of participatory culture on the part of citizens in being part of these spaces and exercising their citizenship; the conflict of interests within the council, especially individual and political interests; and the lack of encouragement and support from the political group that constitutes the government in broadening and deepening participation. However, even in the face of this reality, the members presented a positive performance, strengthening the link with the community, encouraging their participation and impact on access and quality of health services, leveraging practical results and progress according to the local needs highlighted by the population. Likewise, the rules for the occupation of the presidency and the definition of the guidelines, the provision of training courses to counselors, as well as the way in which the deliberative principles are put into practice, with the exception of deliberative inclusion, elevate this council to the level of democratization more close to the desired one. In this sense, there must be resonance between government and civil society, so that participation becomes effective. In addition, it is evident the fundamental role of education in the training of the citizen, as well as practices that value empowerment, through information and awareness.

**Keywords:** Health Councils; Social Control; Community Participation; Effectiveness; Health system.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS - Atenção Primária à Saúde  
CC - Conselhos de Comunidade  
CCM - Comitati Consultivi Misti (Comitês Consultivos Mistos)  
CHC - Community Health Councils (Conselhos Comunitários de Saúde)  
CLS - Conselhos Locais de Saúde  
CMS - Conselho Municipal de Saúde  
CS - Consejos de Salud (Conselhos de Saúde)  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IP - Instituição Participativa  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PSF - Programa Saúde da Família  
SISPACTO - Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina  
UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>27</b>
1.1	DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO	31
<b>1.1.1</b>	<b>Democracia representativa.....</b>	<b>33</b>
<b>1.1.2</b>	<b>Democracia participativa .....</b>	<b>35</b>
<b>1.1.3</b>	<b>Democracia deliberativa .....</b>	<b>36</b>
1.2	EFETIVIDADE PARTICIPATIVA .....	38
1.3	CONTROLE SOCIAL EM OUTROS PAÍSES .....	41
1.4	CONSELHO DE SAÚDE NO BRASIL .....	45
1.5	AValiaÇÃO .....	47
<b>1.5.1</b>	<b>Avaiiação em saúde .....</b>	<b>48</b>
<b>2</b>	<b>MÉTOD0 .....</b>	<b>51</b>
2.1	Características do estudo.....	51
2.2	Sujeitos e local do estudo.....	51
2.3	Caracterização do campo .....	53
2.4	Coleta dos dados .....	58
2.5	Critérios de avaliação.....	59
2.6	Análise dos dados.....	65
2.7	Aspectos éticos da pesquisa .....	65
<b>3</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>67</b>
3.1	EFETIVIDADE DA PARTICIPAÇÃO DE UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL .....	68
<b>4</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>133</b>
<b>5</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>135</b>
<b>6</b>	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>149</b>
6.1	Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	149
6.2	Termo de Autorização para Gravação de Voz .....	152





## 1 INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária no Brasil, cujo projeto e trajetória de institucionalização implicaram a reformulação de um campo de saber, é definida como uma estratégia política e um processo de transformação institucional. Emergindo como parte da luta pela democracia, a Reforma Sanitária já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) (TEIXEIRA, 2009).

O processo de criação do SUS teve início a partir das definições legais estabelecidas pela nova Constituição Federal Brasileira de 1988, sendo consolidado e regulamentado pela lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), conhecida como Lei Orgânica da Saúde e pela lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Tendo como princípios fundamentais: a descentralização, com multiplicação dos centros de poder; o atendimento integral, com superação da dicotomia entre serviços curativos e de prevenção, com ênfase na prevenção; e o controle social, caracterizado pela participação popular no processo decisório e na fiscalização dos serviços de saúde (MENDES, 1996; CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr., 2001).

No Brasil, o enfoque da Atenção Primária à Saúde (APS) assume a Saúde da Família como principal estratégia de reorientação do modelo de atenção (FONSECA et al., 2012). O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), foi originado em 1994 a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006), visando romper com o modelo de atenção centrado na lógica biomédica que privilegia a assistência hospitalar (SILVEIRA FILHO, 2008). Elementos considerados estruturais e funcionais da APS, tais como basear-se na família e na comunidade, desenvolver ações intersetoriais, implementar gestão otimizada (incluindo a avaliação) e oferecer recursos humanos apropriados são também centrais na ESF, que, tal como proposto para a APS, organiza-se a partir de uma perspectiva coletiva, constituída pela lógica da territorialização e da participação comunitária (FONSECA et al., 2012).

É importante salientar que no SUS, além do desenvolvimento de toda uma logística e tecnologia de regulação baseada em necessidades prioritárias, vulnerabilidades e riscos, há a necessidade de mediação política e definição de diretrizes e de critérios a partir dos espaços de participação e de controle social (CARVALHO et al., 2012). Nesse

contexto, enfatiza-se a institucionalização de espaços de participação da comunidade no cotidiano do serviço de saúde, através da garantia da participação no planejamento do enfrentamento dos problemas prioritizados, execução e avaliação das ações, processo no qual a participação popular deve ser garantida e incentivada (BRASIL, 2009).

A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do SUS, destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde (ARANTES et al., 2007).

A gestão democrática do SUS, se efetiva principalmente através das Conferências de Saúde, de caráter propositivo e dos Conselhos de Saúde, que são deliberativos e permanentes no SUS, em cada esfera de governo, é um importante modelo de participação da cidadania, que se dá através da sociedade civil organizada e da consagração do processo de controle social (DE OLIVEIRA, 2007). No que concerne aos conselhos de saúde, eles são instâncias do executivo, presente nas três esferas de governo, onde estão representados os segmentos dos gestores públicos e privados, trabalhadores da saúde e usuários. Não são, portanto, homogêneos quanto à representação de interesses, embora tenham sido concebidos para serem espaços de institucionalização, organização e delimitação dos conflitos, com vistas a se estabelecer um consenso em torno da política de saúde (SILVA, 2015).

Os conselhos de saúde são resultantes do processo de embate e negociação entre os diversos sujeitos sociais para a construção de uma política de saúde. Constituíram-se num dos pilares sobre os quais foi construída a nova relação entre Estado e classes populares, como instância de materialização de uma parceria criada para definir, executar e controlar a política de saúde (SILVA, 2015). Outrossim, essas instâncias passam a ser mais que um esforço da sociedade organizada ou um instrumento para pressionar o estado ou a elite empresarial, tornando-se um meio efetivo de reivindicar direitos sociais (SANTOS, 2000).

Cabe aos Conselhos, também, fiscalizar e controlar gastos, acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS; apoiar e promover a educação e o controle social (DE OLIVEIRA, 2007).

Pode-se, pois, assegurar que embora exista uma legislação bem específica referente à participação social no controle da execução das políticas públicas em saúde, observa-se em contrapartida uma lacuna importante a ser preenchida referente à avaliação da atuação do controle social no âmbito da saúde. A existência dos conselhos de saúde permitiu a incorporação de novos atores políticos no processo de tomada de decisão pública, antes monopolizado pela burocracia estatal, porém é importante salientar que inúmeras situações têm dificultado a atuação deste meio de democracia participativa frente às suas funções.

Também, é escasso o conhecimento sobre a qualidade e efetividade da participação em saúde e se os distintos métodos permitem alcançar os diversos objetivos incluídos no conceito de participação pública. É relevante frisar que esta preocupação não era percebida nas investigações publicadas nos anos 90, pois naquela década o desafio era de legitimar a prática da participação e realçar os benefícios desta prática (SERAPIONI, 2014a).

Em suma, existe atualmente forte descompasso entre a riqueza das experiências participativas no país e a precariedade do nosso conhecimento sobre seus efeitos (LAVALLE, 2011). O que se coloca, então, é a necessidade crucial e imprescindível de avaliar a qualidade e efetividade participativa dos cidadãos, sobretudo a partir de novos métodos de promoção da participação (SERAPIONI, 2014a).

A avaliação, assumida enquanto um sistema de feedback, tem como objetivo fundamental a produção de informações e conhecimentos que, por um lado aprimora as teorias e, por outro, fornece subsídios às intervenções (SANCHO; DAIN, 2012). Nesse sentido, Contandriopoulos (2002, p. 31) define: “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão”.

Diante dessas definições e assumindo a importância do Conselho Municipal de Saúde como órgão estratégico para a descentralização e operacionalização da política de saúde por meio da participação da comunidade, a área da avaliação pode contribuir significativamente, tendo em vista que é essencial que os conselheiros disponham de informações e análises que favoreçam sua reflexão sobre a qualidade da atuação, além de ser um instrumento fundamental para auxiliar na tomada de decisão e aperfeiçoamento do seu trabalho.

Haja vista que a ampla disseminação das instituições participativas (IP) no Brasil nas últimas duas décadas tem sido acompanhada por importantes heterogeneidades em termos de sua distribuição geográfica, formatos e tipos de processo, e, sobretudo, de seu desempenho, a

avaliação da efetividade dessas instituições emerge tanto como oportunidade histórica quanto como campo de pesquisa e prática gerencial inadiáveis (PIRES et al., 2011).

Acredita-se que ampliar e qualificar as avaliações de efetividade das instituições participativas têm o potencial de fomentar, de forma mais veloz, seu próprio aperfeiçoamento e, assim, contribuir para o fortalecimento da democracia e para a melhoria das políticas públicas (PIRES et al., 2011). Ainda, a necessidade de estudos que demonstrem a efetividade dos mecanismos participativos é essencial para garantir o uso apropriado dos recursos públicos (SERAPIONI, 2014a).

A motivação para avaliação voltada à questão da efetividade ocorre em virtude de uma crescente associação entre participação e políticas públicas, bastante específicas do caso brasileiro. As formas de participação no Brasil democrático foram se disseminando em áreas como saúde, assistência social e políticas urbanas e as formas de deliberação foram sendo crescentemente relacionadas às decisões em relação a estas políticas. Neste sentido, a capacidade destas deliberações de se tornarem efetivas adquiriu centralidade entre os pesquisadores da área de participação. Ainda, passou a haver uma preocupação de caráter mais teórico em relação ao tema da deliberação. A maior parte da bibliografia internacional sobre o assunto passou a estar preocupada com as características da democracia deliberativa e aí também se disseminou uma preocupação com a efetividade da deliberação (DRYZEK, 2000; FUNG; WRIGHT, 2003).

Além disso, o interesse em investigar esse cenário, vem da esperança depositada nesses espaços, como uma forma renovada de exercício democrático do poder político, uma vez que estes constituem uma inovação política institucional e cultural na consolidação do SUS. Esses espaços participativos promovem um importante aprendizado de convivência democrática, tanto para os atores da sociedade como também para os atores estatais. Avaliar os impactos das ações dos conselhos de saúde sobre a sociedade e o Estado é um caminho muito importante para a compreensão do processo de construção da cidadania, assim como para avaliar as possibilidades de aprofundamento da democracia participativa brasileira.

Nessa perspectiva, o objetivo geral dessa pesquisa é avaliar a efetividade da participação social no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Criciúma/SC, com o intuito de produzir informações que contribuam para o aprimoramento do trabalho desenvolvido através da participação popular. E tem como objetivos específicos: conhecer o perfil dos conselheiros e as relações de poder entre estado e sociedade civil;

verificar como ocorrem as deliberações e quais assuntos estão sendo abordados; compreender como se configura a representatividade dos indivíduos que atuam como representantes da sociedade civil no âmbito do CMS; identificar a dinâmica de atuação do conselho em termos de reuniões, ações concebidas e executadas, e interesses discutidos; verificar a efetividade das deliberações na concretização de transformações nas ações (programas e projetos) implementadas pelos gestores de saúde; e avaliar a participação do CMS de Criciúma nos processos decisórios, bem como na implantação de ações.

Para isso, buscou-se conhecer a literatura científica sobre o tema e a fundamentação teórica está organizada em cinco capítulos, o primeiro que contextualiza a democracia, participação e representação; o segundo a respeito da efetividade participativa; o terceiro acerca do controle social em outros países; o quarto com relação ao conselho de saúde no Brasil; e o quinto sobre avaliação, e em especial, avaliação em saúde.

## 1.1 DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO

Os conceitos e práticas que formam a tríade democracia-participação-representação carecem de consenso tanto no que diz respeito à sua definição quanto no que tange às suas interações. Diante das divergências, o ponto de partida adotado é o de que as relações que ocorrem no âmbito da participação e da representação fazem parte do conjunto de relações democráticas (MOREIRA, 2009).

A “Participação” é, concomitantemente, categoria nativa da prática política de atores sociais, categoria teórica da teoria democrática com pesos variáveis segundo as vertentes teóricas e os autores, e procedimento institucionalizado com funções delimitadas por leis e disposições regimentais (LAVALLE, 2011).

No Brasil, a categoria “participação”, a rigor, primeiramente não foi – e ainda hoje predominantemente não é – uma categoria analítica da teoria democrática. A ideia da participação entra no panorama nacional como uma categoria prática, ou seja, uma categoria mobilizada para conferir sentido à ação coletiva de atores populares. O entendimento atual da participação encontra suas premissas mais diretas no ideário participativo construído a partir dos anos 1960 (LAVALLE, 2011).

No período de distensão política brasileira, pós-ditadura militar, o processo de ampliação da democracia se manifesta na criação de espaços públicos e na crescente participação da sociedade civil nos processos de discussão e de tomada de decisão relacionados com as questões de políticas públicas (TEIXEIRA; DAGNINO; SILVA, 2002). O marco

formal desse processo é a Constituição de 1988, que consagrou o princípio de participação da sociedade civil. As principais forças que fazem parte nesse processo compartilham um projeto democratizante e participativo, estruturado desde os anos 1980 em torno da expansão da cidadania e do aprofundamento da democracia. Assim, o significado político crucial da participação é radicalmente redefinido e reduzido à gestão (LONGHI; CANTON, 2011).

O ideário participativo adquiriu novo perfil no contexto da transição e, mais especificamente, da Constituinte de 1988: a participação, outrora popular, tornou-se cidadã. De tal modo, o ideário participativo adquiriu aspectos mais abstratos e foi consagrado, em 1988, como direito do cidadão para além da participação eleitoral (LAVALLE, 2011).

O Estado e os setores da sociedade civil comprometidos com o projeto participativo democratizante substituem o confronto aberto do período de ditadura militar, por uma aposta na possibilidade de uma atuação conjunta com o Estado através de espaços institucionalizados de participação popular. A chamada "inserção institucional" dos movimentos sociais é destaque dessa inflexão. O confronto e o antagonismo que tinham caracterizado intensamente a relação entre o Estado e a sociedade civil nas décadas anteriores cederam lugar a uma aposta na possibilidade da sua ação conjunta para o aprofundamento democrático (LONGHI; CANTON, 2011).

Muitos dos debates que envolvem a questão da participação cidadã na vida coletiva situam-se, no entanto, em abordagens da ciência política (SERAPIONI; MATOS, 2013). Nas últimas décadas, especificamente, tem havido um crescente interesse nos métodos deliberativos como uma estratégia inovadora para reforçar a interação entre os decisores políticos e os cidadãos, gerando uma democracia mais forte e contribuindo para decisões de qualidade. A participação por meio de práticas deliberativas adotou diversas formas nas diversas esferas da vida social, moldadas por duas vertentes teóricas da teoria democrática: "democracia deliberativa" e "democracia participativa" (SERAPIONI; MATOS, 2014).

Ambas as abordagens surgiram para defender o argumento de que novas práticas que envolvem o engajamento dos cidadãos deve complementar a democracia representativa (SANTOS, 2002; CARPINI; COOK; JACOBS, 2004).

No decênio seguinte da promulgação da Constituição Federal, a regulamentação dos preceitos constitucionais em matéria de participação adotou os conselhos como expedientes institucionais para viabilizar a

participação na gestão de políticas definidas como estratégicas (LAVALLE, 2011).

Em meio aos intensos debates pautados nesse período foram introduzidas ideias relacionadas ao controle das políticas públicas por parte da sociedade, à autonomia da sociedade civil nas decisões relativas aos serviços de saúde e à criação de espaços políticos institucionais marcados pela prática da democracia participativa – os Conselhos de Políticas Públicas. No campo da saúde esses espaços se consolidaram de modo a propiciar um campo fértil para o aprendizado prático da democracia participativa pela sociedade (MACHADO; LUCAS, 2013), tendo como destaque os Conselhos de Saúde que, representam a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Pode-se, então, em termos macro, considerar democratização como o processo histórico no qual, em um determinado regime político, a relação estado/sociedade torna-se, gradativamente, mais próxima e responsiva. Isto ocorre ao passo que um número cada vez maior de cidadãos tem a oportunidade de participar contínua e deliberativamente do arcabouço institucional no qual o processo decisório das políticas públicas é travado. Tal participação é possível enquanto as regras institucionais tornarem os custos de aceitação dos conflitos de interesses menores do que os de sua supressão. Contudo, as políticas públicas, além de setoriais são subnacionais (formuladas em estados e municípios cujo poder político aumenta com a federalização do regime), que significa que a democratização ocorre, também, em níveis micro, onde os atores, seus interesses, o processo decisório e o arcabouço institucional modificam de acordo com as unidades subnacionais e com o setor público que produz as políticas (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

### **1.1.1 Democracia representativa**

O valor da democracia representativa na história recente do Brasil é enorme e fundamenta-se na ideia de que o povo participa do governo por meio de seus representantes. Foi, ao longo da história, um persistente processo de tentativa e erro, consequência de guerras civis, tais como a francesa e a norte-americana, que resultaram em formas originais de representação popular. Ao mesmo tempo, foi a maneira encontrada pelas sociedades ocidentais de romper com os regimes aristocráticos, autoritários ou simplesmente despóticos (BASILE, 2011).

Hirst (1992), investigando prioritariamente a realidade britânica, alega que a democracia representativa possui dois grandes impasses: o

baixo envolvimento popular nas decisões políticas e a limitada prestação de contas dos governos aos cidadãos. Se, por um lado, as democracias de massa legitimam a autoridade política; por outro, não favorecem o protagonismo popular e o controle social.

Como desdobramentos desses aspectos, autores destacam: a) a tendência de a democracia representativa se transformar em um despotismo eletivo, no qual os políticos exploram ao máximo as possibilidades oferecidas pela administração para alcançar objetivos particulares; b) a emergência, ao lado do despotismo político, do poder não fiscalizável da burocracia; c) a limitada disseminação de informações politicamente relevantes; e d) a difícil condução de mudanças políticas devido à resistência administrativa e à pluralidade de visões e interesses intragoverno (OLIVEIRA et al., 2010).

No que diz respeito às instituições participativas, autores argumentam que as mesmas diferem dos modos de participação eleitoral típicos das democracias liberais, ao permitir a representação de interesses e a expressão de preferências ao longo de legislaturas, entre os períodos eleitorais (CORTES, 2011). Nesse sentido, fortalecem a democracia representativa, que não é idêntica à democracia eleitoral, uma vez que a ênfase na representação acentua o caráter processual e circular (susceptível ao atrito) das relações entre as instituições estatais e as práticas sociais (URBINATI, 2006). Como afirma Urbinati (2006), a democracia representativa “real” foi construída ao longo da história, nos mais diferentes países, não apenas através de processos eleitorais altamente regrados e formalizados, mas também através de formas de participação direta ou de participação através de representantes designados por grupos de cidadãos ou entidades pertencentes a sociedade em fóruns ou órgãos com níveis diferenciados de institucionalização na esfera estatal.

Recentemente, a questão da representatividade dos indivíduos que atuam em nome da sociedade civil nos conselhos é alvo de muita discussão. O caráter paritário dos conselhos e a restrição do número de vagas levaram a que o Estado lidasse com uma “representação oficial da sociedade civil” (AVRITZER, 2007).

No momento atual, a democracia representativa em todas as suas formas está atravessando uma crise, embora sua gravidade não seja totalmente reconhecida (CRUZ, 2010). A rigor, o desafio democrático depositado aos conselhos ocorre em virtude das críticas ao sistema representativo. Quer dizer, ainda que a democracia representativa tenha se tornado inevitável nas sociedades contemporâneas, por razões de ordem demográfica e de complexificação do escopo em discussão, o instituto da representação pode, na verdade, embutir uma série de



obstáculos à soberania popular, decorrentes especialmente da assimetria de informações entre representantes e representados, de deficiências de capacidade cognitiva dos atores, e da imperfeição dos instrumentos de sanção destinados a controlar a relação de representação (PRZEWORSKI; STOKES; MANIN, 1999).

### **1.1.2 Democracia participativa**

No tocante à crise da democracia representativa e tendo em vista a recuperação de uma dimensão normativa da democracia que, ao acusar a redução da política a uma lógica individualista e competitiva, desenvolve-se, a partir dos anos de 1960, uma concepção “participativa” ou “republicana” de democracia, apoiada no ideal da participação direta dos cidadãos nos temas de interesse da coletividade. (LÜCHMANN, 2012). Com o intuito de aprimorar a democracia representativa liberal, os participacionistas articulam pressupostos da democracia direta no interior da democracia representativa, dando destaque à inclusão dos setores excluídos do debate político e à dimensão pedagógica da política (LÜCHMANN, 2007).

A abordagem da democracia participativa se baseia em um projeto firmemente ancorado na formulação de políticas públicas que efetivamente combatem a desigualdade por meio de novas práticas participativas (SERAPIONI; MATOS, 2014). Fundamenta-se na ideia de que os cidadãos têm os conhecimentos específicos e a capacidade para se envolver e intervir nos processos políticos e influenciar as decisões técnicas, e considera a participação como um direito universal que deve ser exercido livremente (SANTOS, 1998; PATEMAN, 2012). Além disso, argumenta-se que a democracia participativa aumenta a legitimidade das decisões tomadas, uma vez que essas devem, em princípio, ser discutidas com aqueles que serão afetados por elas (SANTOS; AVRITZER, 2002).

As experiências de democracia participativa retomam a dimensão pública e cidadã da política, ao passo em que mobilizam setores sociais interessados em determinadas políticas públicas, bem como apontam meios alternativos de organização do sistema político, realizando, assim, uma repolitização global da vida coletiva (MARQUES, 2008).

Os conselhos gestores de políticas públicas compõe uma das principais experiências de democracia participativa no Brasil contemporâneo. Presentes na maioria dos municípios brasileiros, articulados desde o nível federal, envolvendo uma vasta série de temas como saúde, educação, moradia, meio ambiente, transporte, cultura,

dentre outros, representam uma conquista indubitável do ponto de vista da construção de uma institucionalidade democrática entre nós. Sua novidade histórica consiste em apostar na intensificação e na institucionalização do diálogo entre governo e sociedade como requisito para uma alocação mais justa e eficiente dos recursos públicos (TATAGIBA, 2005).

As estruturas formadas pelos conselhos de saúde representam um exemplo de como a democracia participativa é fundamental na legitimação das decisões sobre a gestão da saúde pública (BATAGELLO; BENEVIDES; PORTILLO, 2011). A despeito disso, os autores esclarecem:

Pela composição plural, os conselhos constituem espaços de controle social, sendo esse conceito compreendido como a capacidade da sociedade civil de promover um enfrentamento moral que permite uma ponderação entre as decisões tecnicamente orientadas, as juridicamente balizadas e as socialmente desejadas (BATAGELLO; BENEVIDES; PORTILLO, 2011, p. 626).

Apesar das boas intenções e laudáveis esforços desenvolvidos em várias áreas ao redor do mundo, as experiências de participação em sistemas de saúde ainda não são totalmente implementadas (SERAPIONI, 2014a). É importante ressaltar que as atividades participativas aplicadas à área de saúde também revelam restrições, especificamente em termos de representatividade, uma vez que os esquemas de participação não levam em conta a diversidade das comunidades, especialmente os grupos excluídos (TRITTER; MCCALLUM, 2006).

O debate sobre a participação democrática tem prosperado com o conceito de democracia deliberativa. Sua natureza idealista, antes de tornar sem efeito os esforços políticos e acadêmicos que buscam consolidá-la, redireciona o desafio democrático e contribui para o seu aperfeiçoamento (OLIVEIRA et al., 2010). O tópico seguinte irá detalhar a via deliberativa, discutindo sua origem e sua operacionalização.

### **1.1.3 Democracia deliberativa**

Nos últimos vinte anos, muitas análises e ensaios foram publicadas com o objetivo de reformular a teoria e prática da democracia à luz da

viragem deliberativa. Este debate sobre governação, abordagens deliberativas e participação está ativamente presente no sistema de saúde. De fato, um dos aspectos principais das reformas na saúde desses últimos vinte anos tem sido a crescente importância atribuída à voz e perspectiva dos cidadãos (SERAPIONI, 2014b).

A teoria da democracia deliberativa propõe uma nova entrada no debate democrático pensado a partir da associação entre qualidade da democracia e instituições políticas. Ao colocar a questão da procura institucional do desenho adequado para a deliberação, ele já estaria antecipando elementos do debate acerca da efetividade deliberativa (AVRITZER, 2011).

O conceito de democracia deliberativa centrou-se durante muito tempo na ideia da democracia como unidade (COHEN, 1997). De acordo com essa perspectiva, a unidade da democracia era dada ou pelo seu componente agregativo ou pelo seu componente deliberativo. Goodin (2003, 2008) se propôs a ampliar a abordagem desta questão ao criticar a forma unitária como o modelo de deliberação opera. Para ele, seria necessário desagregar os diferentes momentos do processo deliberativo, algo que, no seu entender, a própria democracia representativa também faz. Assim, ao invés de uma democracia deliberativa, teríamos momentos deliberativos no interior da democracia (AVRITZER, 2011).

Os métodos deliberativos representam uma forma de participação que oferece aos indivíduos a oportunidade de expressarem os seus pontos de vista, aprenderem e compreenderem as posições dos outros participantes, identificar problemas e preferências em comum e terem uma ideia correta sobre as questões de importância pública. A prática deliberativa envolve, essencialmente, um processo coletivo de tomada de decisão, no qual os participantes têm a oportunidade de convergir numa visão partilhada, dando voz e relevância a todos os argumentos apresentados (SERAPIONI, 2014b).

Um pressuposto geral da teoria que informa a democracia deliberativa é de que a legitimidade das decisões políticas decorre de procedimentos dos quais participam aqueles que possivelmente serão afetados por elas (HABERMAS, 2003). Alguns teóricos entendem que, para que isso ocorra, é necessária a existência de fóruns deliberativos plurais e inclusivos, destacados do sistema político, mas que com ele estabeleçam algum nível de interação, com capacidade de produzir decisões legítimas acerca de ações públicas, aproximando cidadãos e responsáveis pelas políticas públicas. Seriam espaços institucionais que articulam sociedade e Estado e que conectam deliberação e resultados em

situação de pluralidade de valores e concepções (LÜCHMANN, 2002; GUTMANN; THOMPSON, 2004).

Para os deliberacionistas, os princípios de caráter procedimental e/ou substantivo, que devem fundamentar a criação, a organização e o funcionamento dos fóruns ou espaços deliberativos, são os seguintes: igualdade de participação, inclusão deliberativa, igualdade deliberativa, publicidade, reciprocidade, liberdade, provisoriedade, conclusividade, não tirania, autonomia e accountability (ALMEIDA; CUNHA, 2011).

Considerando que os conselhos de políticas são instituições que têm natureza deliberativa e estão associadas a experiências participativas que apoiam e orientam a definição dos participantes da deliberação, bem como as características marcadamente desiguais que informam a sociedade brasileira e precedem a participação nessas instituições, alguns dos princípios supracitados ganham destaque quando se trata da análise dessas instituições (ALMEIDA; CUNHA, 2011).

Um primeiro princípio é o da igualdade deliberativa, entendida como a participação igualitária no processo decisório. Ou seja, todos os participantes devem ter as mesmas oportunidades de colocar temas para a agenda, iniciar o debate, oferecer suas razões, participar das discussões, propor soluções para os problemas e decidir. A sua importância corresponde à possibilidade de que os espaços deliberativos reduzam a influência de desigualdades preexistentes e que os processos deliberativos incorporem todos os atores envolvidos na área de política pública, em condições de relativa igualdade. Um segundo princípio é o da publicidade, compreendida como a condição aberta e pública dos procedimentos, do debate, das disputas e da definição coletiva do interesse público e da razão que informa esse interesse, qualidade que se expressa na transparência, na visibilidade, no controle público e no conteúdo dos temas deliberados. Esse princípio visa assegurar o caráter público dos debates e decisões, seja quanto à transparência, seja quanto ao tipo de questões levadas à deliberação. Um terceiro princípio é o da pluralidade, que exprime a diversidade e pressupõe reconhecer o outro como igual; mais do que a convivência com a diferença, a tolerância (princípios liberais) indica a aposta na manifestação do conflito e na produção de acordos por meio do diálogo, apontando para o potencial auto reflexivo do conflito na construção de interesses comuns. Nessa perspectiva, a pluralidade abarca os princípios da inclusão deliberativa, da reciprocidade e da liberdade (ALMEIDA; CUNHA, 2011).

## 1.2 EFETIVIDADE PARTICIPATIVA

Grande parte dos artigos referentes a efetividade participativa advém da literatura norte-americana sobre democracia deliberativa (COHEN, 1997). A democracia deliberativa sugere uma nova entrada no debate democrático sendo pensado a partir da associação entre qualidade da democracia e instituições políticas (AVRITZER, 2011).

Frente ao conjunto bidimensional, ou seja, o debate sobre a efetividade deliberativa versus o debate sobre a efetividade das instituições, pode-se avistar um delineamento teórico-analítico relevante que serve para o entendimento do funcionamento e também dos resultados efetivos apresentados pelas instituições participativas. Nesta seção realizarei uma revisão sobre como os diferentes autores têm visto e lidado com este conjunto de dimensões, ao qual denomina-se efetividade da participação, de forma a abranger tanto a dimensão deliberativa quanto a implementação e os resultados das políticas públicas (AVRITZER, 2011).

A temática de efetividade deliberativa ganhou destaque, recentemente, como principal elemento de discussão entre pesquisadores da área por lidar com elementos centrais para análise da qualidade do processo de participação política em conselhos. Estudiosos diversos têm investigado os conselhos a partir desta visão, aderindo então o entendimento de que o caráter deliberativo destes espaços tem grande capacidade de contribuir com a redistribuição dos investimentos e de políticas públicas específicas. A democracia se fortaleceria, portanto, não apenas pela possibilidade de ampliação dos espaços de participação, mas também em virtude de problemas e desafios específicos concernentes à sua própria implementação e consolidação enquanto espaço de interlocução entre Estado e sociedade civil no campo das políticas públicas (AVRITZER, 2002; DAGNINO; TATAGIBA, 2007).

Portanto, pode-se verificar a qualidade dos processos deliberativos realizados nos conselhos de políticas a partir da ideia de efetividade deliberativa, que diz respeito à sua capacidade de produzir resultados relacionados às funções de debater, decidir, influenciar e controlar determinada política pública. Essa efetividade se nortearia pelos princípios básicos da chamada teoria deliberacionista, citados anteriormente, e se expressa “na institucionalização dos procedimentos, na pluralidade da composição, na deliberação pública e inclusiva, na proposição de novos temas, na decisão sobre as ações públicas e no controle sobre essas ações”. Destarte, entende-se a efetividade como a composição de variáveis relacionadas à institucionalização de procedimentos e aos resultados do processo deliberativo (CUNHA, 2007, p. 6).

Porém, para progredir na caracterização da qualidade da deliberação, dos seus procedimentos e resultados, é necessário explorar algumas lacunas existentes, posto que interferem na operacionalização dos ideais deliberativos. Almeida e Cunha (2011) elencam as principais lacunas, quais sejam: a necessidade de se identificar quem constitui e quem participa da deliberação é a principal delas, os tipos de desigualdades que convivem com a deliberação, a influência do tipo de política e do bem em disputa e o impacto da presença de questões conflituosas, auto interesse e argumentos estratégicos para a legitimidade democrática (ALMEIDA; CUNHA, 2011).

De acordo com as autoras, a análise de “quem institui” o processo, por exemplo, poderiam estar relacionados desde o interesse dos gestores públicos de instituir processos deliberativos e fóruns participativos para definição de políticas públicas, até mesmo a fatores referentes aos sujeitos responsáveis pela definição das pautas de discussão base do processo deliberativo. No caso da questão de “quem participa”, estariam ligados fatores da capacidade de inclusão das instituições participativas e da representatividade daqueles indivíduos que pretendessem agir em nome da “sociedade civil” (ALMEIDA; CUNHA, 2011).

Outra gama relevante de questões poderia estar relacionada à necessidade de identificação de desigualdades dentro das instituições. Os participantes dos processos deliberativos seriam detentores, cada qual, de recursos específicos como alicerce de sua incorporação no processo, fator que abriria caminho para relações de poder peculiares, dentro destes espaços, capazes de determinar a condução do processo deliberativo. Tais recursos estariam expressos de acordo com variáveis como a capacidade comunicativa dos sujeitos e o saber técnico para o entendimento de determinados objetos de debates, afim de viabilizar uma tomada de decisão consciente e fundamentada na defesa dos interesses da sociedade civil (VAZ, 2011).

Outro importante fator para a qualificação dos processos deliberativos se refere ao tipo de bem, interesse e política em debate. Nesta situação, a análise central se liga aos impactos do tipo de bem pautado para discussão nos tipos de atores e suas respectivas motivações para participação, podendo servir de base para a participação dos indivíduos (ALMEIDA; CUNHA, 2011).

A discussão sobre efetividade deliberativa constitui, portanto, um tema complexo, no qual operacionalização e discussão sugerem a busca por variáveis e indicadores capazes de expressar dimensões como inclusão deliberativa, capacidade de expressão, dentre outros fatores. Estes elementos constituem a estrutura dos processos deliberativos e,

nessa linha, afiguram-se base da efetividade dos processos participativos. Sua importância reside exatamente em tratar estes elementos como categorias analíticas comparáveis e capazes de categorização, especialmente como base para comparação entre experiências diversas, entrevedo limites e possibilidades dos processos de aprofundamento e qualificação democráticas (VAZ, 2011).

### 1.3 CONTROLE SOCIAL EM OUTROS PAÍSES

Apresento neste item quatro modelos de participação em saúde – os Comitati Consultivi Misti (Comitês Consultivos Mistos – CCM) da Itália, os Conselhos de Comunidade (CC) de Portugal, os Consejos de Salud (Conselhos de Saúde– CS) da Espanha e os Community Health Councils (Conselhos Comunitários de Saúde– CHC) da Inglaterra. Esses países foram selecionados visto que possuem sistemas de saúde similares ao SUS e atuam fortemente na busca da ampliação da participação popular, além de possibilitar a ampliação do olhar do controle social no Brasil.

Nas últimas décadas, seguindo o apelo a uma maior participação dos cidadãos, os sistemas de saúde do Sul da Europa aceitaram a retórica da participação como boa prática de governança. Na verdade, tal como frequentemente recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o engajamento dos cidadãos nos processos de tomada de decisão de saúde tornou-se um princípio estrutural de Sistemas Nacionais de Saúde em países como Portugal, Espanha e Itália, que consagraram as suas ambições para implementar mecanismos de participação nas leis e planos de saúde nacionais (SERAPIONI; MATOS, 2014).

Na Itália, após uma longa ausência do debate político sobre o sistema de saúde, a questão da participação foi reintroduzida pela Lei 502/1992, que estabeleceu um sistema de garantia de qualidade a ser avaliado pelos usuários e seus porta-vozes e não apenas por técnicos e profissionais de saúde. Além da participação individual através da observação. Mais de 20 anos após a introdução da Lei 502/1992, as experiências participativas inovadoras ainda são raras nos sistemas de saúde regionais italianos (SERAPIONI; MATOS, 2014; MATOS; SERAPIONI, 2017). Um interessante exemplo a respeito da abordagem de participação foi adotado pelo Sistema Regional de Saúde da Emilia-Romagna (no nordeste da Itália), pela Lei Regional 19/1994, que permitiu a participação dos cidadãos no âmbito do sistema de saúde, além de recomendar a instituição dos Comitati Consultivi Misti (Comitês

Consultivos Mistos – CCM) para o controle da qualidade da atenção (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006).

Os CCM representam a instância institucional para dar voz às associações da sociedade civil a fim de garantir a correspondência dos serviços de saúde às exigências dos cidadãos. Reúnem-se uma vez por mês e fazem parte os representantes das associações de voluntariado, além de um componente minoritário designado pela autoridade de saúde, compreendendo administradores e profissionais, por este motivo, eles são referidos como mistos (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006).

A outra característica dos CCM é a de serem consultivos, ou seja, expressam seus próprios pareceres, efetuam visitas e controles nas estruturas sanitárias e sugerem propostas à gerência que, ao final, mantêm toda a responsabilidade e autonomia da decisão (SERAPIONI; SESMA, 2011). Embora consultivo desenvolveram uma abordagem deliberativa pioneira e interessante, envolvendo todos os intervenientes na área da saúde, oferecendo aos representantes dos cidadãos a oportunidade de contribuir para o debate sobre os serviços de saúde e sobre as suas próprias questões críticas (SERAPIONI; MATOS, 2014). Apesar deste potencial, alguns pontos fracos também foram destacados, tais como déficit de participação nos representantes dos usuários, uma fraca influência dos CCM na tomada de decisões e um problema de representatividade (SERAPIONI; DUXBURY, 2014).

Em Portugal, a Lei n.º 56 de 1979 facultou aos utilizadores e profissionais o direito de participar no planeamento e gestão dos serviços, tanto a nível central (através do Conselho Nacional de Saúde) como a nível regional e local (participando em conselhos regionais de saúde e comissões municipais de saúde) (SERAPIONI; MATOS, 2014).

Embora Portugal seja destacado pela escassez de formas institucionalizadas de participação, mais recentemente, foram implementadas algumas práticas participativas inovadoras e institucionalizadas para aumentar o envolvimento e a confiança dos cidadãos no sistema de saúde português, sendo que os mais importantes são os Conselhos de Comunidade - CC, estabelecidos nos Grupos de Centros de Saúde Primários e implementados através do Decreto-Lei nº 28/2008. Os Conselhos foram criados com o objetivo de reduzir as desigualdades nos cuidados de saúde, prevenir a marginalização dos cuidados de saúde primários, centralizar a comunidade na formação dos serviços de cuidados primários e encorajar os usuários a participarem nas decisões relativas aos seus cuidados de saúde (SERAPIONI; MATOS, 2014).



Os CC portuguesas são constituídos por representantes de assembleias municipais, centros de segurança social, escolas, instituições assistenciais do terceiro setor, associações de usuários, sindicatos, empregadores, voluntários, comissões para a proteção de crianças e jovens, e hospitais de referência (SERAPIONI; MATOS, 2014).

O CC reúne ordinariamente uma vez por semestre e, extraordinariamente, sempre que é convocado pelo seu presidente ou a pedido de dois terços dos seus membros. Trata-se, de um fórum de participação consultivo no qual os representantes das câmaras municipais e de outras entidades (associações de usuários, de voluntariado, etc.) são envolvidos para contribuírem com as suas opiniões e pontos de vista sobre determinados aspetos da organização e da gestão dos serviços locais de saúde. No entanto, o presidente do Conselho de Comunidade, no âmbito desse órgão, tem poder deliberativo, já que participa no processo de tomada de decisões (SERAPIONI, 2016).

Os Conselhos de Comunidade dos Agrupamentos dos Centros de Saúde podem ser considerados uma promissora estratégia de envolvimento dos usuários no âmbito dos cuidados primários. Porém, os resultados da avaliação da primeira fase do processo de implementação levantam algumas questões acerca da capacidade deste modelo de participação vir a reduzir os vieses evidenciados por outras experiências internacionais, ou seja: a) promover e valorizar a participação dos usuários; b) influenciar os que tomam as decisões no âmbito dos Agrupamentos dos Centros de Saúde; e c) representarem todas as categorias de usuários da área de abrangência do CC, incluindo os grupos sociais mais desfavorecidos e vulneráveis (SERAPIONI, 2016).

Na Espanha, a participação cidadã no Serviço Nacional de Saúde foi introduzida pela Lei Geral de Sanidade, no ano de 1986. A lei criou os Consejos de Saúde nos Distritos de Saúde das Comunidades Autónomas, constituídos por representantes das associações locais (50%), dos sindicatos dos profissionais de saúde (25%) e dos administradores do Distrito de Saúde (25%) (SERAPIONI; MATOS, 2014). Contudo, tem-se observado que, em geral, a legislação das Comunidades Autónomas limitou a participação decisória dos agentes sociais, reduzindo-os a órgãos consultivos, contrariamente aos representantes das corporações locais, que dispunham de poder de decisão (SERAPIONI; SESMA, 2011).

Como forma de implementar a participação pública na formulação da política nacional de saúde, a Lei de Coesão e Qualidade, por exemplo, estabeleceu o Comité Consultivo do Conselho de Participação do Sistema Nacional de Saúde, órgão dependente do Ministerio de Sanidad e Política

Social, criado para efetivar a participação em saúde, sendo composto por representantes da Administração Geral e das Comunidades Autônomas, organizações empresariais e sindicatos, excluindo, paradoxalmente, os representantes de pacientes e usuários (ESPANHA, 2003).

Contudo, com a finalidade de reforçar os conselhos de saúde e garantir a participação real dos cidadãos no sistema de saúde, algumas regiões, como a Comunidade Autônoma de Castilla la Mancha, incorporaram novos mecanismos participativos, baseado nos princípios fundamentais da democracia deliberativa. No âmbito deste novo procedimento foram criados, em 2007, três novos órgãos participativos: Fórum de saúde de área, um Conselho de participação e administração de área e um Fórum virtual (BLEDA GARCÍA; AGUILAR GIL, 2016). Entre os aspectos positivos do processo, Bleda García et al. (2009) destacaram o interesse e o entusiasmo das associações e dos cidadãos em serem envolvidos, para além do apoio político recebido. Como desafios indicaram a hierarquia no processo de tomada de decisões e a falta de formação e informação dos cidadãos.

Na Inglaterra, em decorrência de disfunções e denúncias, como protestos dos movimentos de mulheres e dos grupos de autoajuda que indagavam a maneira como eram coordenados os serviços, no ano de 1974, foram instituídos os Community Health Councils (Conselhos Comunitários de Saúde – CHC), como instâncias de promoção e tutela dos interesses dos cidadãos (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006).

Os CHC estão presentes em cada distrito sanitário e são formados por um mínimo de 24 e um máximo de 30 membros, segundo o número de habitantes do distrito. O elemento que mais caracteriza os CHC em relação a outros foros de participação em saúde, é o fato de serem formados unicamente por representantes dos usuários. A metade dos membros é nomeada pelas autoridades locais, um terço é eleito pelas organizações de voluntariado e um sexto é nomeado pelas autoridades sanitárias regionais, além disso os mesmos são voluntários e têm direito a receber, unicamente, um reembolso de gastos. Os CHC devem reunir-se pelo menos três vezes ao ano, embora geralmente se reúnam, conforme a declaração dos entrevistados, uma vez a cada dois meses (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006).

Os CHC, tem uma função de controle, e deste modo trata-se de um instrumento essencialmente reivindicativo, com poucas possibilidades de interação e diálogo com os profissionais e gerentes dos serviços de saúde. Porém, o fato de serem independentes tanto da administração dos serviços como das autoridades políticas locais representa o aspecto mais qualificado dos CHC que, possibilita criticar as falhas. Os aspectos

críticos destacados são a representatividade, pois os CHC estão, na sua maioria, formados por representantes da “classe média, de origem branca e adultos”; estreitamente relacionado ao problema da representatividade está a escassa participação por parte de alguns setores da população, como os jovens e os grupos étnicos; e outra situação bastante problemática diz respeito à capacidade dos CHC de incidir sobre os gerentes dos serviços (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006).

#### 1.4 CONSELHO DE SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, o Movimento de Reforma Sanitária, intensificado na década de 1980, foi inserido num cenário de redemocratização do país em que a sociedade civil passou a desempenhar seu papel na cena política. O marco histórico desse processo foi a VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, resultando no relatório que constituiu a referência para a elaboração da Constituição de 1988 (BATISTA et al., 2010).

A Constituição Federal de 1988, estabeleceu, no inciso III, do artigo 198, seção II (DA SAÚDE), a 'participação da comunidade' como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde. A partir de então, foram criados os Conselhos e Conferências de Saúde como espaços privilegiados de proposição e controle das ações do setor (MARTINS et al., 2013).

Dentre as inovações desenvolvidas a fim de potencializar os esforços em torno da redemocratização brasileira, os conselhos gestores de políticas públicas despontam como a mais importante, pois (i) incluem no processo decisório de tais políticas atores que dele sempre estiveram excluídos; (ii) constituem-se na própria arena em que estes atores competem e articulam-se com os atores que sempre participaram do processo decisório; e (iii) distribuem e descentralizam para a sociedade organizada parte importante do poder decisório (GOHN, 2003).

Segundo a Lei Orgânica nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990, e as demais normas e leis promulgadas posteriormente (BRASIL, 1990b), o Conselho de Saúde é um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, sendo o Conselho Municipal de Saúde, propósito de avaliação no presente estudo, o representante na instância de participação em nível municipal.

Por constituir um sistema democrático, deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema: dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, os usuários dos serviços de saúde. Tem como característica a paridade, ou seja, 50% dos representantes são usuários e

os demais 50% dividem-se entre os outros segmentos. Esse direito implica a participação de todos esses segmentos no processo de tomada de decisão sobre as políticas que são definidas no seu nível de atuação (LANDERDHAL et al., 2010).

Por constituírem os espaços de participação social na administração do sistema público e atuarem na formulação e no controle da execução da política de saúde, propondo estratégias de coordenação e gestão do SUS, os Conselhos de Saúde consolidam o controle social, um dos fatores mais importantes para o sucesso na implantação do SUS. É a capacidade que a sociedade tem de intervir na gestão pública, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da comunidade. Permite à população o direito de fiscalizar as ações do Estado em relação à elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde, dentro de cada esfera de atuação (LANDERDHAL et al., 2010).

A articulação entre os diferentes atores e instituições envolvidos no processo decisório é o elemento capaz de encaminhar a política municipal de saúde para a democratização. Embora não seja a única das articulações possíveis, o binômio prefeitura participativa/sociedade organizada negociadora, que representaria a articulação entre instâncias da democracia representativa e participativa, é o elemento político mais importante para o avanço do processo de democratização do processo decisório das políticas municipais de saúde, pois é o que pode conferir legitimidade aos CMS, destravando-lhe o caminho da liberalização (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Nesse âmbito, de acordo com a literatura, uma característica específica distingue o sistema de participação brasileiro da maioria das experiências internacionais, é o fato do Conselho de Saúde ter caráter deliberativo, ou seja, participar diretamente no processo de tomada de decisão (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006).

Entretanto, apesar dos significativos avanços alcançados, autores assinalam alguns impasses no funcionamento e no nível de atuação desse fórum de participação social. Um ponto crítico referente à atuação dos CMS é a comunicação entre CMS e comunidade que tem sido assinalada como um importante aspecto a ser aprimorado para fomentar o grau de representatividade desse foro de participação. Outra constante preocupação é a assimetria de informação entre os representantes dos diversos segmentos do Conselho Municipal de Saúde e como consequência direta da desigualdade de informação, surge a dificuldade de os representantes dos usuários expressarem sua voz para poderem influenciar as deliberações do conselho (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006).

Perante essas considerações e reconhecendo a importância do Conselho de Saúde, a área da avaliação pode contribuir significativamente para a reflexão da qualidade e efetividade participativa deste espaço. Ampliar e aprofundar o conhecimento desta instituição participativa têm o potencial de contribuir para a melhoria das políticas públicas, a compreensão do processo de construção da cidadania, assim como para averiguar as possibilidades de fortalecimento da democracia brasileira.

## 1.5 AVALIAÇÃO

A avaliação de desempenho organizacional ganhou importância ao longo do século XX, com a transformação do processo de trabalho e de gestão nas empresas privadas. Inicialmente, a finalidade era reduzir os custos, com a máxima utilização dos recursos; em seguida, enfatizou-se a preocupação com a qualidade no processo. Essa preocupação foi transposta para as instituições públicas, que passaram a ser cobradas por aumento da produtividade, por melhora na qualidade dos serviços e por eficácia organizacional (CALVO; HENRIQUE, 2006).

A avaliação apresenta inúmeros conceitos, fruto de diferentes concepções dos autores e pesquisadores que se dedicam ao tema. A seguir, destaco alguns desses conceitos.

De acordo com Tanaka e Melo (2004, p.12), “avaliar significa expor um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos”. Segundo os autores, é identificada uma situação específica reconhecida como problema, e utilizando-se instrumentos e referências, emite-se um juízo de valor. Por isso a avaliação também compreende uma estratégia para decidir como enfrentar e resolver problemas. Em consonância, na definição proposta por Contandriopoulou et al. (1997), avaliar é fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Os autores também destacam que esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

O termo avaliação remete ao sentido de controle, punição, atribuição de um juízo de valor em relação a alguém ou alguma coisa sem o compromisso com fundamento ou com método específico. Todavia, este conceito adquire outro significado quando se trata de intervenções sociais (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Quando se verifica a evolução do pensamento e das práticas da avaliação de programas e serviços, o histórico proposto por Guba e Lincoln, no final dos anos 1980, é recorrente na literatura especializada. A partir de críticas, caracterizadas pela mensuração, descrição e julgamento de valor, os autores formularam uma nova proposta, na qual a ênfase estaria no caráter construtivista da avaliação por meio da inclusão dos agentes sociais envolvidos com a intervenção em todos os momentos da avaliação e na utilização de técnicas qualitativas de investigação, configurando a chamada avaliação participativa ou de quarta geração (GUBA; LINCOLN, 1989). Essa formulação contribuiu para o debate na área ao introduzir a importância das abordagens qualitativas e participativas para a avaliação (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Tal perspectiva se caracteriza por uma avaliação inclusiva e participativa, que é feita como um processo de negociação entre os atores implicados na intervenção a ser avaliada. Em outras palavras, é um processo interativo negociado, que se fundamenta num paradigma construtivista (LIRA; NOGUEIRA, 2016).

Quanto aos objetivos de uma avaliação, Contandriopoulos (1997) expõe quatro:

1. objetivo estratégico: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção;
2. objetivo formativo: fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer;
3. objetivo somativo: determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida;
4. objetivo fundamental: contribuir para o progresso dos conhecimentos, para elaboração teórica.

Embora alguns autores tenham elaborado teoricamente os possíveis objetivos de uma avaliação, eles serão determinados somente a partir das particularidades do objeto que está sendo avaliado, e do contexto em que está inserido o processo de avaliação. Nesse ponto, destaca-se mais uma vez a importância do referencial teórico que subsidia a avaliação, a partir do qual os objetivos se tornarão claros.

### **1.5.1 Avaliação em saúde**

A avaliação no setor saúde adquiriu importância quando o Estado começou a intervir nas políticas sociais. A avaliação dos programas públicos de saúde apareceu logo após a Segunda Guerra Mundial, em consequência do papel que o Estado começou a desempenhar nas áreas de educação, assistência social, emprego, saúde, entre outras. As práticas

de saúde constituem um objeto de avaliação, seja na dimensão do cuidado individual ou nos níveis mais complexos de intervenção e organização, como a avaliação de políticas, programas, serviços ou sistemas (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Nos países desenvolvidos, o avanço das pesquisas referentes à avaliação da qualidade ocorreu principalmente pela necessidade de controle social e pelos seguros privados dos gastos em saúde. Nos países periféricos, porém, esse avanço não acompanhou o mesmo tempo e ritmo dos países centrais. Ao contrário, a existência de um modelo médico-assistencial mercantilizado e fragmentado e sem nenhum controle social não estimulou o desenvolvimento de pesquisas sobre o assunto (GOMES, HARTZ, 2001).

A constituição do espaço da avaliação em saúde no Brasil ocorreu como produto do encontro de agentes, com trajetórias diferenciadas nos campos burocrático, político e científico, estimulados e financiados por instituições internacionais ligadas ao campo econômico, mas vinculadas à organização do SUS. Esse movimento se deu no interior do espaço da Saúde Coletiva, por sua vez um universo de saberes e práticas composto por subespaços científico, burocrático e político por onde os agentes, em boa parte, transitam (VIEIRA-DA-SILVA; PINELL, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde:

A avaliação como componente da gestão em saúde tem hoje um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005, p.7).

A avaliação voltada às instituições participativas, que estão associadas a múltiplos sentidos políticos, práticos e teóricos, consiste num desafio ainda maior quando comparado com a avaliação dos efeitos e impactos de políticas públicas, projetos e intervenções, sejam conduzidos pelo governo sejam por outras organizações (PIRES et al., 2011).

É frequente, o questionamento se e sob que condições a introdução, a institucionalização e a ampla disseminação de processos participativos provocariam melhorias no funcionamento dos governos, na implementação de suas políticas públicas e nos resultados destas para a qualidade de vida e acesso a bens públicos por parte dos cidadãos brasileiros. Tal questionamento força uma aproximação rara (ou ainda pouco exercitada, dada a recente história do objeto) entre o debate sobre participação e o campo prático-teórico de avaliação de políticas públicas. Se, por um lado, o já estabelecido campo oferece manuais, comunidades de profissionais e institutos dedicados a avaliação e análise de políticas públicas, por outro, até muito recentemente, os debates políticos e acadêmicos sobre democracia no Brasil não incorporavam esse legado em suas agendas e, portanto, não se dedicavam à avaliação da participação como instrumento de gestão e política pública (PIRES et al., 2011).

Para enfrentar esses desafios, é importante enfatizar dois pontos fundamentais: i) a qualidade dos processos participativos é elemento fundamental para entendermos os efeitos e impactos produzidos por IPs; e ii) é necessário utilizar múltiplas perspectivas, enfoques, estratégias e técnicas de análise para avaliar as dimensões de atuação e os variados resultados produzidos por IPs (PIRES et al., 2011).



## 2 MÉTODO

### 2.1 Características do estudo

Este estudo caracteriza-se como qualitativo, por buscar responder questões do controle social, através da participação direta dos sujeitos envolvidos no contexto estudado. A abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, crenças e representações em um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, tão pouco a generalização, mas deve privilegiar o aprofundamento da análise (MINAYO, 1994).

Especificamente, trata-se de uma pesquisa avaliativa, a qual se define como uma pesquisa que utiliza uma sistemática para medir um fenômeno ou o desempenho de um processo, comparar o resultado obtido com os critérios estabelecidos, e fazer uma análise crítica, considerando-se a magnitude da direção da diferença (PABON, 1985).

### 2.2 Sujeitos e local do estudo

A população do estudo foi composta por 12 integrantes do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma, no sul do estado de Santa Catarina. A opção por esse município foi motivada pela facilidade de acesso por parte da pesquisadora e pela extrema relevância de verificar a efetividade da participação do Conselho de Saúde em uma cidade marcada por um intenso processo de luta e mobilização social, decorrente principalmente do processo de mineração e sua relação entre capital e trabalho.

A seleção dos entrevistados foi feita por conveniência, ou seja, de acordo com a disponibilidade e as possibilidades de acesso aos respondentes.

Dada a importância das variáveis sócio demográficas, objetivou-se aqui apurar o perfil dos participantes da pesquisa com base nas seguintes características: gênero, faixa etária, escolaridade e perfil de renda.

Do total de 24 conselheiros titulares, 12 foram entrevistados (50%). Dentre os 12 conselheiros de saúde abordados neste estudo, observou-se que 75% são do gênero feminino e a maior parte dos conselheiros encontra-se nas faixas etárias entre 25 e 35 anos (33,3%) e entre 46 e 55 anos (33,3%) (Tabela 1).

A semelhança quanto ao gênero é encontrada no estudo de Moraes (2012) onde aproximadamente 71% dos participantes eram do sexo feminino. Em contrapartida outros estudos encontraram a predominância

de conselheiros do sexo masculino (LABRA; FIGUEIREDO, 2002; GERSCHMAN, 2004; RAMOS et al., 2012; LEMOS et al., 2016). Logo, o resultado deste estudo evidencia o fortalecimento da participação das mulheres em cargos representativos, antes ocupados especialmente por homens.

Quanto à faixa etária, um estudo identificou que a idade variou de 22 a 69 anos, com média de idade de 46,82 anos (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010), enquanto outra pesquisa identificou que a maioria dos usuários tem idade superior a 46 anos (GERSCHMAN, 2004). Posto isso, os dados revelam que o CMS de Criciúma dispõe da experiência e maturidade de pessoas com idade mais avançada, assim como nos estudos supracitados, o que pode ser considerado um fator positivo, sem excluir a energia e as ideias inovadoras da população mais jovem, que também são capazes de impulsionar mudanças positivas no cenário estudado (MORGAN et al., 2010).

Ao avaliar os dados referentes ao grau de escolaridade dos conselheiros, pode-se verificar que, de um modo geral, a maior parte deles possuem alto grau de instrução educacional, sendo que aproximadamente 58% são pós-graduados. Em consonância, o estudo de Lemos et al (2016) mostra que 45% dos conselheiros tinham o curso superior e a pós-graduação, fator que pode facilitar a maior compreensão da dinâmica do SUS e do CMS. Contudo, outra pesquisa revela que 71,5% dos entrevistados não possuem ensino superior completo, o que possivelmente tem dificultado na compreensão de documentos (SALIBA et al., 2009). Embora o alto nível de escolaridade dos usuários seja considerado um fator positivo, visto que as pessoas possuem melhor preparo para entender os assuntos tratados, esse fator deve ser ponderado pois pode sugerir outra interpretação, ou seja, isso pode caracterizar a exclusão das camadas menos favorecidas afetando a representatividade no interior dessa instituição (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006).

No que se refere à renda familiar mensal dos conselheiros, 41,7% dos conselheiros contam com a renda de 5 a 15 salários mínimos (SM), seguidos das categorias de renda que corresponde de 1 a 3 SM (25%) e de 3 a 5 SM (25%), e por fim, faixa de mais de 15 SM (8,3%). Nesse âmbito outro estudo encontrou a renda familiar média de 8,03 salários mínimos (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010).

Tabela 1- Descrição segundo gênero, faixa etária, escolaridade e renda familiar mensal de amostra do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma (SC).

<u>Variáveis</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<u>Gênero</u>		
Feminino	09	75,0
Masculino	03	25,0
<u>Faixa etária</u>		
< 25 anos	01	08,3
25 a 35 anos	04	33,3
36 a 45 anos	01	08,3
46 a 55 anos	04	33,3
56 a 65 anos	02	16,7
<u>Escolaridade</u>		
Ensino fundamental	0	0
Ensino médio	02	16,7
Superior incompleto	01	08,3
Superior completo	02	16,7
Pós-graduação	07	58,3
<u>Renda familiar mensal</u>		
Até 1 salário mínimo	0	0
De 1 a 3 salários mínimos	3	25,0
De 3 a 5 salários mínimos	3	25,0
De 5 a 15 salários mínimos	5	41,7
Mais de 15 salários mínimos	1	08,3

### 2.3 Caracterização do campo

Em alguns aspectos, a democracia brasileira exhibe ganhos significativos, principalmente como modelo de transmissão de poder (BAQUERO, 2008). Porém, a realidade brasileira, é marcada pela existência de um padrão de desigualdade estrutural que oferece entraves à democracia (SILVA, 2014). O quadro atual sinaliza as dificuldades que o governo enfrenta na aplicação de políticas públicas em um ambiente de desconfiança que significa distanciamento, indiferença, falta de reciprocidade e de solidariedade social. Um ambiente com essas características dificilmente conduz ao fortalecimento e muito menos à consolidação de uma cultura política democrática (entendida na sua dimensão social). Nesse cenário, é necessário pensar um modelo capaz de incorporar as dimensões subjetivas com vistas a fortalecer a democracia (BAQUERO, 2008).

Assim como no âmbito nacional, evidências mostram que o estado de Santa Catarina também exhibe desigualdades em seu território. O desenvolvimento desigual no estado vem sendo condicionado por fatores

histórico-geográficos, além de fatores sociais, políticos e econômicos (THEIS et al., 2012).

No Sul do Estado de Santa Catarina, localiza-se o município de Criciúma, local do presente estudo. A fundação de Criciúma deu-se no ciclo da imigração europeia do século XIX, com a chegada das primeiras famílias de imigrantes (NASPOLINI FILHO, 2017). O município faz parte da AMREC – Associação dos Municípios da Região Carbonífera e conta com uma população de 192.308 habitantes, segundo dados do Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Criciúma teve seu desenvolvimento vinculado à indústria da mineração do carvão (BELOLLI; QUADROS; GUIDI, 2002) e simultaneamente à exaltação da necessidade do carvão nacional, também se criava a ideia de progresso ligado à economia carbonífera. Os discursos das autoridades e setores dominantes da região eram direcionados à necessidade de adquirir soberania nacional, através da exploração do “ouro negro”, carvão mineral, produto indispensável na utilização da indústria de base do País. Até a década de 1950, não houve outra atividade econômica que tivesse tanta representatividade quanto à mineração em Criciúma e nos municípios do entorno. Nos momentos de crise e crescimento sempre houve a participação do governo através, de políticas públicas, porém as intervenções governamentais não eram “concretas e duradouras” (FORTUNATO, 2008).

Os setores econômicos produtivos de Criciúma começaram a se diversificar nos anos de 1960. Outros setores industriais, sem muita expressão até então, começaram a ter influência econômica e social junto aos dois ramos de atividades tradicionais – a agricultura e a mineração. Nesta fase de desenvolvimento econômico destacam-se as indústrias cerâmicas de pisos e azulejos; o ramo de calçados e de couro; de vestuário; mecânico-metalúrgico; de transporte; de alimentos; de construção civil; de serviços e de plástico (FORTUNATO, 2008).

Em suma, é uma cidade com 89% de urbanização, ofertas de empregos nos setores econômicos produtivos, alto fluxo de veículos de transporte e qualificados índices sociais. Porém, embora tenha apresentado esses índices positivos, o crescimento econômico e o desenvolvimento da cidade não eliminou a pobreza e os problemas de infraestrutura atuais (FORTUNATO, 2008).

Para Teixeira, tamanha é a força da ideologia da mineração que, apesar da reestruturação econômica e diversificação das atividades industriais ocorridas nas últimas décadas, a cidade permanece, em alguma medida, refém de seus antigos donos (os donos das minas e da cidade) e

ideologias. “Donos”, este foi o termo utilizado em seu estudo para dirigir-se a um determinado grupo (ou grupos) hegemônico (s) no poder local/Criciúma, que segundo sua análise esteve associado a cada período histórico (colonização, mineração e diversificação), pois na condição de elites dirigentes, elevaram-se sobre os demais tornando-se, assim, dominantes, isto é: “um poder instituído por uma minoria insensível à maioria da população que, supostamente, representa [...]” (TEIXEIRA, 1996, p. 239).

Criciúma, é reconhecida nacionalmente como um dos principais centros de mobilização operária e sindical de Santa Catarina. É uma cidade que a partir de um modelo capitalista explorador e predatório (tanto da exploração da força de trabalho como em relação ao meio ambiente) também foi, até o final dos anos 80 do século XX, marcada por um intenso movimento operário e popular, especialmente dos mineiros (OLIVEIRA, 2001), sendo até mesmo considerada por alguns como a “Cuba” do Brasil (TEIXEIRA, 1996).

O movimento de emancipação de Criciúma, em 1925, é considerado por Da Ros (1991), como o primeiro movimento popular de maior expressão que aconteceu na cidade. Esse movimento foi liderado por filhos de imigrantes de maior poder aquisitivo, que se sentindo prejudicados pela taxaço de tributos e pelo não investimentos por parte da sede (Araranguá), no sentido de viabilizar a expansão das indústrias, lutam pela emancipação, ganhando a simpatia da população local.

A Associação dos Mineiros, então chamada de Associação Profissional dos Trabalhadores na Indústria de Extração de Carvão de Criciúma, é formada em 1944, sendo transformada em Sindicato dos Trabalhadores da Indústria do Carvão de Criciúma em 1945 (OLIVEIRA, 2001).

O Sindicato dos Mineiros nasce ao final da ditadura de Vargas, dentro de um contexto da política populista, que favorecia a organização de associações e sindicatos com a função de integração e coesão sindical. Logo, o sindicato criado a partir de uma política do Estado, e totalmente atrelado a este, restringia sua atuação à previsão orçamentária, administração burocrática, assistência jurídica aos associados, entre outros (OLIVEIRA, 2001).

Por outro lado, os mineiros receberam com desconfiança a política paternalista do Estado não acolhendo a sindicalização como um benefício para classe, tendo em vista que as reuniões que vinham realizando clandestinamente, em busca de organização da categoria, era motivo de perseguições (VOLPATO, 1984).

As diretorias dos sindicatos, desde sua fundação em 1945 até 1957, foram constituídas, segundo antigos mineiros associados, por “lideranças pelegas” (VOLPATO, 1984). Num segundo período, de 1957 a 1964, inicia-se uma nova etapa na história do Sindicato dos Mineiros de Criciúma pois emerge o movimento de militância trabalhista em prol da defesa dos interesses dos operários. Em 1961, é criada a Associação dos Trabalhadores na Indústria de Extração de Carvão de Rio Maina, com base territorial neste distrito, com o intuito de romper a unidade do Sindicato dos Mineiros de Criciúma (OLIVEIRA, 2001).

O caráter “peleguista” dessa associação (futuro sindicato, criado em 1962) foi identificado no discurso emitido e registrado em ata, a saber: colaboração entre patrões e operários; livrar os operários das garras do comunismo e dos elementos agitadores (VOLPATO, 1984).

Com o golpe militar de 64, o Sindicato dos Mineiros de Criciúma esteve entre os primeiros a sofrer intervenção. Durante todo o movimento de 1957 a 1964 foram presos mais de 30 dirigentes sindicais e apenas alguns conseguiram fugir (VOLPATO, 1984). O movimento sindical volta a se articular somente em 1980, após a fragmentação da organização anterior, momento em que emerge então outra forma de organização: “é neste processo de destroçamento do sindicato, de ditadura militar que o prefeito Manique Barreto institui 37 sociedades de Amigos de Bairro entre 73 e 76, velha herança dos círculos Operários.”(Depoimento de Cologni apud DA ROS, 1991, p.66)

Autores consideram essas Sociedades Amigos de Bairro como o embrião para a formação dos Conselhos Populares de Saúde- CPS em Criciúma. Sua finalidade consistia em levantar as necessidades da comunidade e reivindicar recursos e meios de solução junto à Prefeitura ou órgãos públicos competentes (OLIVEIRA, 2001)

No entanto, a partir da administração de Altair Ghidi (1977), a Prefeitura passa a direcionar a política reivindicatória dessas associações. Essa administração, representava um governo ditatorial ao utilizar estratégias para desarticulação dos bairros, como é possível observar no depoimento do vereador Gelei Xavier: “A administração municipal procurou desarticular as Sociedades, através da nomeação dos dirigentes, que são interventores da prefeitura nos bairros. Com isso as Sociedades Amigos do Bairro perderam sua força e o interesse pela associação” (VOLPATO, 1984).

Diante do novo contexto de redemocratização do país, no final dos anos 70 e início dos anos 80, Criciúma, assim como todo o país, vivencia um outro momento político de sua história (OLIVEIRA, 2001). Para Teixeira (1996), o surgimento do “novo sindicalismo” na região do ABC,

em São Paulo, e a emergência de novos atores do cenário político brasileiro, nesse período, repercutiu na cidade de Criciúma.

A maioria dos sindicatos no Município de Criciúma, no início dos anos 80, estava controlada por dirigentes tradicionais, atrelados aos interesses dos empresários e/ou governantes, que buscavam reproduzir a política de conciliação de classes, imobilismo e assistencialismo (OLIVEIRA, 2001). Já ao final dos anos 80, vivenciava-se uma política mais combativa entre trabalhadores e empresários/governo, o que foi uma característica de outras categorias de trabalhadores, além dos mineiros, como dos vestuaristas, metalúrgicos, servidores públicos, bancários, professores (TEIXEIRA, 1996).

Teixeira (1996) realizou uma análise até os anos de 1995 e diagnosticou que os movimentos sociais do período estudado se diferenciavam muito dos anos 80. Para o autor, o movimento social, popular e sindical vivenciava um momento de refluxo, estigmatização, apresentando seu maior desgaste no processo eleitoral de 1992, em que as elites locais demonstram novamente seu poder na política local. Diante da crise vivenciada no setor carbonífero dos anos 90, as elites desenvolveram uma estratégia política e ideológica, através da elaboração de um discurso sobre a cidade que colocava os próprios trabalhadores como responsáveis pela crise, em virtude de suas greves e seus representantes políticos e sindicais, eximindo assim, a culpa das elites e do governo federal. Esse discurso foi utilizado como uma estratégia de cooptação e articulação com os segmentos dos movimentos populares, para manter o domínio político. Sabe-se que estas questões têm relação com a conjuntura nacional e internacional, de globalização, de política neoliberal (OLIVEIRA, 2001).

No que diz respeito ao Conselho Municipal do município de Criciúma, o mesmo é composto por 24 membros titulares e 2 (dois) suplentes cada, representantes das entidades, obedecendo-se à paridade. O mandato é de 2 (dois) anos, sendo que fará parte do corrente estudo o mandato que corresponde ao biênio 2017-2019 (CRICIÚMA, 2014).

O Conselho Municipal de Saúde deve apresentar a seguinte organização (CRICIÚMA, 2014):

- I - Plenário;
- II - Mesa Diretora;
- III - Comissões Intersetoriais e Internas;
- IV - Secretaria Executiva.

O plenário do Conselho Municipal de Saúde é o fórum de deliberação plena e conclusiva, configurado por reuniões ordinárias e

extraordinárias e a secretaria executiva é subordinada ao plenário, que definirá sua estrutura de funcionamento.

A mesa diretora, é eleita em plenário, respeitando a paridade, com a seguinte composição (CRICIÚMA, 2014):

- I - Presidente;
- II - Vice-Presidente;
- III - Secretário;
- IV - Tesoureiro.

## 2.4 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada a partir das seguintes estratégias: i) entrevistas, com roteiros semiestruturados, dos conselheiros e membros da secretaria executiva do conselho; e ii) análise documental de atas, memórias, relatórios de reuniões, resoluções do CMS.

As entrevistas foram realizadas com 12 integrantes do CMS e foram baseadas em um roteiro prévio, sendo que as narrativas foram gravadas e os dados coletados foram transcritos. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de trinta minutos a uma hora de duração. O anonimato das informações e dos depoimentos dos indivíduos será preservado.

Para a análise documental proposta, foi utilizado o registro da frequência e a categorização por assunto das ações e atividades, e o reconhecimento das temáticas abordadas durante as reuniões do CMS, servindo-se das atas correspondentes do biênio 2015-2017 e do biênio seguinte até o mês de fevereiro de 2018. Também foram analisados os documentos e projetos encaminhados ao Conselho Municipal de Saúde (documentos oficiais e normativos do município), como: Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Plano Municipal de Saúde (PMS), Plano Plurianual (PPI) e Plano Anual da Saúde (PAS).

Como estratégia inicial do processo operacional, foi estabelecido contato com a presidente do Conselho Municipal de Criciúma/SC, realizada a apresentação da intenção e do pedido de autorização para a realização do estudo, ficando assegurado o acesso aos documentos. A seguir, os participantes foram contatados, a fim de formalizar o pedido de colaboração, além de explicitar os objetivos, a metodologia, a importância do estudo e agendar a data da entrevista.



## 2.5 Critérios de avaliação

Um desafio no estudo dos conselhos, depois de caracterizado o fenômeno e definidos os âmbitos de investigação, é justamente identificar critérios precisos de avaliação que apontem para elementos de observação e permitam a coleta e o tratamento de dados. Tendo em vista que os trabalhos acerca da efetividade da participação dos conselhos de saúde são incipientes, cabe buscar inspiração em outros estudos que possam iluminar o caminho. Desta forma, no Diagrama 1 estão apontadas as dimensões de análise, critérios de avaliação e resultados/efeitos do processo participativo e no Quadro 1, além das dimensões de análise e critérios de avaliação estão expostos os elementos de observação, elaborados com base no livro de Pires (2011), que podem qualificar o estudo sobre o conselho de saúde.

As informações e explicações sobre cada dimensão e seus respectivos critérios foram elaborados a partir da construção da autora com inspiração nos critérios extraídos do livro “Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação” (PIRES, 2011).

A primeira dimensão, *desenho institucional*, é elemento fundamental para a compreensão do grau de abertura à participação, do tipo de participação e, principalmente, dos limites da participação, pois define o perfil, as características e as formas de atuação dos atores. O desenho institucional, refere-se basicamente a um “conjunto de regras, critérios, espaços, normas, leis, que visam fazer valer e promover a realização prática dos princípios democrático-participativos” (LÜCHMANN, 2002, p. 143). Essa dimensão incorpora os seguintes critérios:

- a) **Composição:** Características socioeconômicas e demográficas dos membros.
- b) **Institucionalização:** A institucionalização dos conselhos pode ser medida a partir de informações sobre:
  - O *tempo de existência* dessas instituições: um tempo maior de existência assim como a regularidade das reuniões revelam, de forma direta, o grau de formalidade desses conselhos. Quanto maior a regulação sobre o seu funcionamento, mais institucionalizados são esses espaços;
  - A *existência de uma estrutura organizacional*: a presença de um conjunto de estruturas burocráticas tais como mesa diretora, secretaria executiva, câmaras ou comissões técnicas e temáticas indicam o quão organizados estão os conselhos; e

- *A frequência de reuniões obrigatórias*: a frequência aponta para uma organização da política, uma vez que elas são partes importantes da estrutura que as compõem.

A segunda dimensão, *acesso, inclusão e representatividade*, define os padrões de seletividade dos atores e quando se trata representação no interior dos conselhos, é possível elencar regras relativas ao processo representativo a partir de informações sobre: i) a definição de entidades que têm acento nessas instituições; ii) o número de cadeiras destinadas a cada segmento; e iii) as formas pelas quais estas definições ocorrem. Esta análise não visa incidir sobre o profícuo debate em torno da legitimidade da representação exercida no interior dos conselhos, mas somente discutir a representação a partir de regras que indiquem: i) a existência de critérios que assegurem a pluralidade dos segmentos representados; bem como ii) a existência de regras sobre as formas – mais ou menos públicas e democráticas – que adquirem representação nessas instituições. Infere-se, portanto, que quanto menos as regras delimitarem as entidades ou as categorias de entidades que terão assento nos conselhos, maior será a abertura desses espaços à renovação e à diversidade dos atores envolvidos.

Haja vista que a representatividade se refere a espaços de representação, nos quais uma pequena parte dos indivíduos tem assento, essa dimensão abrange os critérios a seguir:

- a) Seleção**: escolha dos conselheiros.
- b) Pluralidade**: diversidade de organizações sociais, atores envolvidos, interesses e perspectivas.
- c) Proporcionalidade**: uniformidade de cadeiras entre os segmentos representantes do governo e da sociedade civil, divididas entre usuários, prestadores e trabalhadores.

A terceira dimensão aborda, especificamente, a *efetividade participativa* ao avaliar as duas dimensões, a saber: a efetividade deliberativa que engloba a dimensão deliberativa; e a efetividade da instituição que diz respeito aos resultados efetivos apresentados pelo conselho.

No que corresponde aos processos de *deliberação*, a capacidade das instituições participativas de atuarem como efetivos canais de vocalização das demandas da sociedade civil tende a depender, em grande medida, do grau de discussão e debate que são empreendidos no seu âmbito. A deliberação é um componente importante dos processos participativos porque envolve, dentre outras coisas, um conjunto de possibilidades relacionadas ao grau de envolvimento dos atores no processo e, principalmente, ao grau de comprometimento destes agentes

com as temáticas em discussão e com a possibilidade efetiva de concretização, acompanhamento e monitoramento dessas ações. Saber não apenas quem delibera, mas, principalmente, como se delibera pode ser fundamental para garantir maior qualidade no processo participativo. Além disso, a responsabilidade da definição da pauta de discussão e do *modus operandi* das votações, ou as regras sobre quem, como e quando podem se manifestar, por exemplo, podem impactar de maneiras significativamente diferentes o processo participativo se definidas pelo próprio presidente da instituição ou se definidas de forma compartilhada. Da mesma maneira, as próprias regras para ocupação da presidência, por exemplo, também têm peso importante, dado que o presidente tem determinados poderes no âmbito do processo, como a própria definição das pautas.

A deliberação possibilita avaliar em que medida as instituições cumprem suas funções e objetivos no que diz respeito à deliberação acerca da política pública e ao controle público sobre as ações a ela relacionadas. Tal dimensão contempla diversos critérios, a saber:

**a) Funcionamento:**

- *Igualdade de participação*: todos os cidadãos de uma comunidade política devem ter assegurada a igual oportunidade para o exercício do poder político ou para exercer influência política sobre quem o pratica;

- *Inclusão deliberativa*: Todos aqueles que estão sujeitos ao poder político e à consequência de suas decisões devem ter seus interesses e razões considerados no processo de discussão e de decisão que autoriza o exercício desse poder e produz as normas vinculantes;

- *Igualdade deliberativa*: participação igualitária (nos aspectos formais e reais) no processo decisório. Ou seja, todos os participantes devem ter as mesmas oportunidades de colocar temas para a agenda, iniciar o debate, oferecer suas razões, participar das discussões, propor soluções para os problemas e decidir;

- *Publicidade*: condição aberta e pública dos procedimentos, do debate, das disputas e da definição coletiva do interesse público e da razão que informa esse interesse, qualidade que se expressa na transparência, na visibilidade, no controle público e no conteúdo dos temas deliberados;

- *Liberdade*: devem ser asseguradas as liberdades fundamentais (de consciência, de opinião, de expressão, de associação) e as propostas não devem ser constringidas pela autoridade de normas e requerimentos dados *a priori*;

- *Temas debatidos*: como são debatidos os temas, quais temas, quais recursos informacionais estão à disposição dos participantes.

c) Relações de poder: dinâmica de interação entre os conselheiros e de exercício de poder. Nesse sentido, é possível analisar o grau de democratização para definição da pauta, investigando se ela é definida, por exemplo, por um grupo misto de participantes, ou somente pelo presidente do conselho. Neste último caso, o presidente é o ator com capacidade para definir toda a natureza e substância da deliberação, o que indicaria um grau mais baixo de democratização do conselho. Por seu turno, pode-se dizer que uma instituição na qual a definição é dada por um grupo de indivíduos de segmentos diversos teria grau mais alto de democratização.

**d) Questões conflituosas:** *auto interesse* em obter infraestrutura para seu bairro, melhorar suas vidas, promover sua carreira política, move as pessoas, primeiramente, a participar, não o desejo de deliberar.

No tocante à efetividade da instituição essa dimensão aborda, os resultados identificados pelo fórum colegiado e da capacidade de seus membros atuarem e influírem, de forma direta ou indireta, junto ao processo decisório e envolve duas categorias, quais sejam:

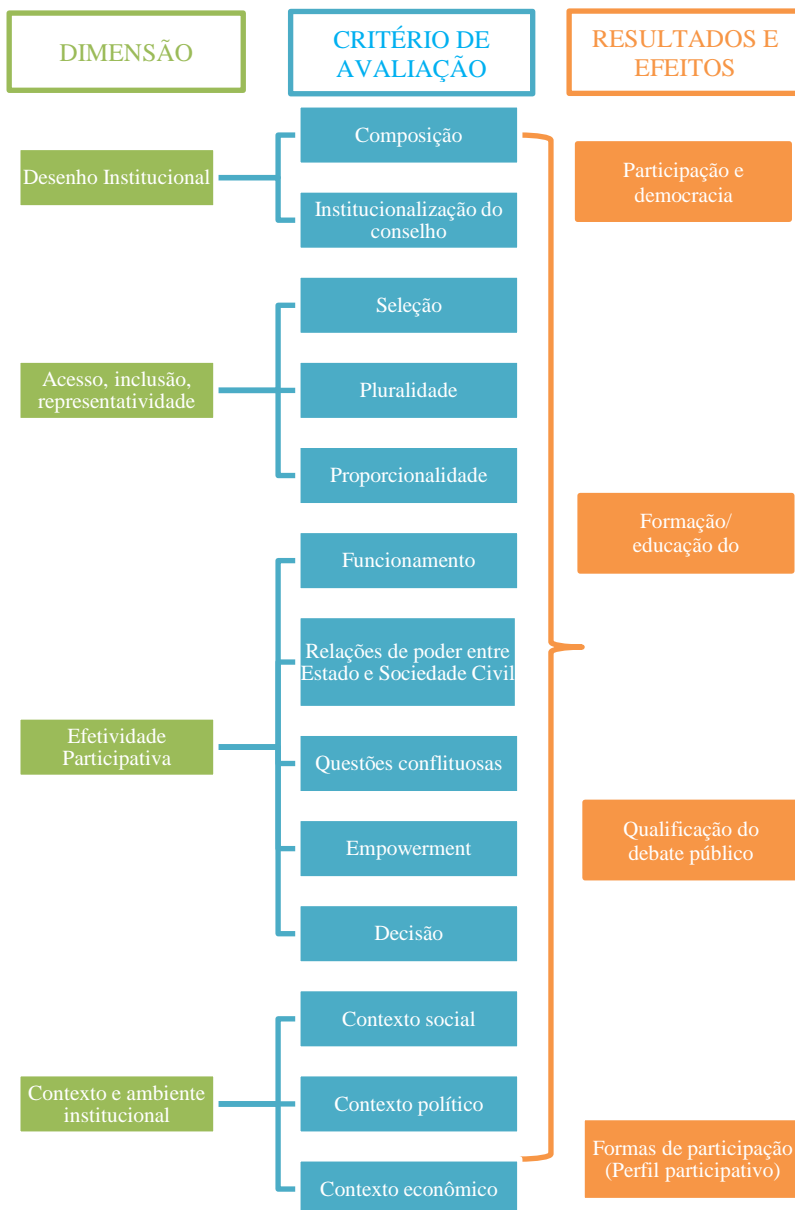
**a) Empowerment:** capacidades dos conselheiros em debater e influenciar as deliberações; conhecimento técnico para compreensão de determinados objetos de debates; e ocorrência de atividades de capacitação

**b) Decisão:** influência nas decisões da gestão e teor das resoluções.

A quarta dimensão analítica que se identifica como relevante para compreensão da variabilidade da qualidade dos processos participativos diz respeito aos *contextos e ambientes* nos quais se insere o conselho. A principal questão levantada pelos estudos empreendidos nessa linha é de que a atuação das IPs se dá em contextos sociais, políticos e econômicos determinados. Essa questão é relevante porque indica que a atuação das IPs impacta as políticas públicas e os contextos nos quais estão inseridas, mas, também, são influenciadas, condicionadas e têm suas possibilidades e limites de atuação determinados pelos próprios contextos e estruturas institucionais em que se inserem.

Importante enfatizar que as dimensões propostas nas representações gráficas servem de parâmetro para orientar e subsidiar o processo avaliativo, uma vez que estabelece uma perspectiva analítica e facilita a visualização do universo da pesquisa, contudo as mesmas não excluem temas que possam emergir do campo. Na abordagem qualitativa, é essencial manter postura flexível frente a possíveis descobertas que podem surgir durante a pesquisa, sem delimitar temas, mas ao contrário, o que se almeja é ampliar horizontes de visão.

**Diagrama 1-** Dimensão do processo participativo, critérios de avaliação e resultados e efeitos do processo participativo.



**Fonte:** Elaboração própria.

**Quadro 1-** Critérios para avaliação do conselho municipal de saúde.

<b>DIMENSÃO</b>	<b>CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO</b>	<b>ELEMENTOS DE OBSERVAÇÃO</b>
Desenho Institucional	Composição	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Perfil de renda;</li> <li>•Faixa etária;</li> <li>•Gênero;</li> <li>•Profissão;</li> <li>•Escolaridade dos conselheiros.</li> </ul>
	Institucionalização do Conselho	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tempo de existência dessas instituições;</li> <li>•Existência de uma estrutura organizacional;</li> <li>•Frequência de reuniões obrigatórias.</li> </ul>
Acesso, inclusão, representatividade	Seleção	•Como ocorre o processo de seleção dos conselheiros.
	Pluralidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Definição de entidades que têm acento nessas instituições;</li> <li>•Existência de critérios que assegurem a pluralidade dos segmentos representados.</li> </ul>
	Proporcionalidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de cadeiras destinadas a cada segmento;</li> <li>•Formas pelas quais estas definições ocorrem.</li> </ul>
Efetividade Participativa	Funcionamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Igualdade de participação;</li> <li>•Inclusão deliberativa;</li> <li>•Igualdade deliberativa;</li> <li>•Publicidade;</li> <li>•Liberdade;</li> <li>•Temas debatidos.</li> </ul>
	Relações de poder entre Estado e Sociedade Civil	•Distribuição, concentração e alternância de poderes em relação a formulação das normas de funcionamento, definição da pauta e tomada de decisão.
	Questões conflituosas	•Auto interesse.
	Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Capacidades dos conselheiros em debater e influenciar as deliberações;</li> <li>•Conhecimento técnico para compreensão de determinados objetos de debates;</li> <li>•Ocorrência de atividades de capacitação.</li> </ul>
	Decisão	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Influência nas decisões da gestão;</li> <li>•Teor das resoluções.</li> </ul>
Contextos e ambiente institucional	Contexto social	<ul style="list-style-type: none"> <li>•História da participação política local;</li> <li>•Divisão das áreas pobres ou ricas da cidade;</li> <li>•Atuação de partidos, sindicatos e associações no seio das comunidades;</li> <li>•Aspectos sociodemográficos.</li> </ul>
	Contexto político	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Espaços onde a população participa ou já participou;</li> <li>•Administrações, de esquerda/direita e seus avanços/retrocessos no município.</li> </ul>
	Contexto econômico	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Distribuição social do poder e da riqueza no município;</li> <li>•Como as famílias tradicionais se relacionam com os demais;</li> <li>•Caracterização da economia do município.</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria

## 2.6 Análise dos dados

As informações foram analisadas por meio de categorias temáticas divididas em temas e subtemas, referente à análise do conteúdo (BARDIN, 1977). Segundo Bardin (1977, p. 45), tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo. A análise de conteúdo pode ser entendida 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”.

## 2.7 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 2.471.789 de 22 de janeiro de 2018. No momento da entrevista, foram fornecidas aos entrevistados duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinadas pela pesquisadora, além de esclarecimentos com relação à pesquisa. Os participantes do estudo puderam tomar a decisão de participar ou não, livre e conscientemente. Dessa forma, respeitamos a decisão de cada um, assim como a liberdade para se retirar da pesquisa em qualquer momento. Os demais preceitos éticos estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 foram respeitados.





### **3 RESULTADOS**

Conforme o regimento interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o resultado e a discussão da presente dissertação foram apresentados no formato de um artigo científico, intitulado “EFETIVIDADE DA PARTICIPAÇÃO DE UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL”, que engloba a terceira dimensão, nomeadamente, efetividade participativa. Em virtude do grande volume de dados coletados as demais dimensões não foram contempladas no artigo.

### 3.1 EFETIVIDADE DA PARTICIPAÇÃO DE UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL

#### EFFECTIVENESS OF PARTICIPATION OF A MUNICIPAL HEALTH COUNCIL IN THE BRAZILIAN SOUTH REGION

#### RESUMO

Este estudo tem como propósito avaliar a efetividade da participação social em um conselho municipal de saúde, com o intuito de produzir informações que contribuam para o aprimoramento da democracia deliberativa. Trata-se de estudo de caso, de abordagem qualitativa, sobre o Conselho Municipal de Saúde de Criciúma (SC), com utilização de entrevistas semiestruturadas, e análise documental de atas, relatórios das reuniões e resoluções do CMS. Os dados organizados e sistematizados resultaram em cinco categorias temáticas, quais sejam: funcionamento; relações de poder entre Estado e Sociedade Civil; questões conflituosas; empowerment; e decisão. Como resultado, constatou-se que os princípios da igualdade de participação, igualdade deliberativa, a liberdade de pensamento, bem como a pluralidade da composição, os temas discutidos, as normas para a definição da pauta e para a ocupação da presidência, tornam este fórum colegiado mais democrático. Todavia o princípio da inclusão deliberativa é prejudicado por questões relativas a divergência de interesses, sobretudo, os interesses pessoais e políticos em detrimento aos interesses coletivos, sendo esse o maior obstáculo relacionado à efetividade deliberativa. Outras percepções são bem marcantes no grupo estudado: usualmente, os membros que estão na primeira gestão e por conseguinte ainda não foram capacitados, detém menos conhecimento a respeito do seu papel como conselheiro quando comparados com os conselheiros mais antigos na instituição, salientando que quando as práticas educativas são empregadas adequadamente podem minimizar as assimetrias que permeiam a atuação dos conselheiros de saúde e atingir níveis desejáveis de influência desses atores no controle público. Ademais, os conselheiros apresentaram uma positiva atuação, incentivando a participação da comunidade e impactando sobre o acesso e qualidade dos serviços de saúde, alavancando resultados práticos e progressos de acordo com as necessidades locais elencadas pela população. Neste cenário, evidencia-se a importância de informar e conscientizar os conselheiros, a fim de ampliar seus conhecimentos político, ético e teórico.

Palavras-chave: Conselho de Saúde; Controle Social; Participação Comunitária; Efetividade; Deliberação; Sistema de Saúde.

## **ABSTRACT**

This study aims to evaluate the effectiveness of social participation in a municipal health council, with the purpose of producing information that contributes to the improvement of deliberative democracy. This is a case study, with a qualitative approach, on the Municipal Health Council of Criciúma, using semi-structured interviews, and documentary analysis of minutes, meeting reports and CMS resolutions. The data organized and systematized resulted in five thematic categories namely: functioning; power relations between the State and Civil Society; conflicting issues; empowerment; and decision. As a result, it was found that the principles of equal participation, deliberative equality, freedom of thought, plurality of composition, topics discussed, rules for the definition of the agenda and for the occupation of the presidency make this collegiate forum more democratic. However, the principle of deliberative inclusion is hampered by questions of divergence of interests, especially personal and political interests to the detriment of collective interests, which is the greatest obstacle related to deliberative effectiveness. Others perceptions are very striking in the group studied: usually the members who are in the first management and therefore have not yet been trained, have less knowledge about their role as counselors when compared with the older counselors in the institution, noting that when educational practices are employed appropriately can minimize the asymmetries that permeate the performance of health counselors and achieve desirable levels of influence of these actors in public control. In addition, the members presented a positive performance, encouraging community participation and impact on access and quality of health services, leveraging practical results and progress according to the local needs highlighted by the population. In this scenario, it is evident the importance of informing and raising the awareness of the counselors, in order to broaden their political, ethical and theoretical knowledge.

Key words: Health Councils; Social Control; Community Participation; Effectiveness; Deliberations; Health Systems.

## INTRODUÇÃO

O processo de ampliação da democracia, fortemente impulsionado por movimentos sociais que lutaram por novos direitos e pela democratização das relações entre o Estado e sociedade, ocorreu no período de distensão política brasileira, pós-ditadura militar e manifestase na criação de espaços públicos e na crescente participação da sociedade civil nos processos de discussão e de tomada de decisão relacionados com as questões de políticas públicas (TEIXEIRA; DAGNINO; SILVA, 2002).

A participação popular representa “uma força social capaz de elencar prioridades e influenciar nos serviços públicos de saúde, impulsionando a formulação e o fortalecimento de políticas para a promoção da saúde como um direito, de forma equânime, democrática e participativa” (CRUZ et al., 2012, p. 1098).

A participação por meio de práticas deliberativas adotou diversas formas nas diversas esferas da vida social, moldadas por duas vertentes teóricas da teoria democrática: "democracia deliberativa" e "democracia participativa" (SERAPIONI; MATOS, 2014). Ambas as abordagens surgiram para defender o argumento de que novas práticas que envolvem o engajamento dos cidadãos devem complementar a democracia representativa (CARPINI; COOK; JACOBS, 2004).

A democracia participativa defende a adoção de procedimentos e a construção de uma cultura política que permitam a manifestação da soberania popular com maior intensidade (GASPARDO; FERREIRA, 2017). A gestão participativa se ancora na democracia participativa, e os espaços de diálogo e de construção conjunta pressupõem a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação social, de usuários, de trabalhadores e gestores do SUS. Neste contexto, são criados os comitês de promoção de políticas de equidade, os grupos de trabalho e os conselhos gestores, e também é ampliado o papel da ouvidoria do SUS, nas três esferas de governo (SOUTO, 2016).

Por sua vez, na democracia deliberativa a legitimidade democrática advém do debate público e, portanto, decisões legítimas são aquelas oriundas da participação dos sujeitos afetados pela sua produção (ALMEIDA; CARLOS; SILVA, 2016), de maneira que os afetados pelas políticas possam apontar problemas e participar do processo de construção de soluções para estes (LOPES; SILVA; MARTINS, 2016). De acordo com Monteiro e Fleury (2006), a maior expressão da democracia deliberativa no Brasil tem sido os conselhos gestores, especialmente em nível local. No campo da saúde destacam-se os

Conselhos de Saúde, que representam a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Os conselhos de saúde são considerados um importante elemento para a participação da sociedade na tomada de decisão, e também um mecanismo estratégico para a garantia da democratização do poder decisório, ao lado da universalidade e da equidade no SUS (COTTA et al., 2011).

Segundo a Lei Orgânica nº 8.142/90, e as demais normas e leis promulgadas posteriormente, o Conselho de Saúde é um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, presente nas três esferas de poder (BRASIL, 1990). Por constituir um sistema democrático, este espaço de participação social deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema: dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, os usuários dos serviços de saúde. Esta composição é paritária, ou seja, 50% dos representantes são usuários e os demais 50% dividem-se entre os outros segmentos (LANDERDHAL et al., 2010).

Todavia, apesar do aparato legal que institui a participação, autores afirmam a dificuldade para a consolidação da capacidade efetiva de influência e controle social no processo decisório e de intervenção nas políticas de saúde (MONTEIRO; FLEURY, 2006; CRUZ et al., 2012; MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017). Uma significativa parte da literatura sobre efetividade participativa tem a sua origem na literatura norte-americana sobre democracia deliberativa (COHEN, 1997). A efetividade da participação, portanto, abrange tanto a dimensão deliberativa quanto a implementação e os resultados das políticas públicas. Diante das duas dimensões em conjunto, isto é, por um lado, o debate sobre a efetividade deliberativa e, por outro, o debate sobre a efetividade das instituições, pode-se vislumbrar um arcabouço teórico-analítico significativo para compreensão tanto do funcionamento, quanto dos resultados efetivos apresentados pelas instituições participativas. (AVRITZER, 2011).

Por lidar com elementos centrais para análise da qualidade do processo de participação política em conselhos, a temática de efetividade deliberativa tem sobressaído, nos últimos anos, como elemento principal de discussão entre os pesquisadores da área. O “aprofundamento” da democracia está ligado não apenas à existência da possibilidade de ampliação dos espaços de participação, mas também a problemas e desafios específicos concernentes à sua própria implementação e consolidação enquanto espaço de interlocução entre Estado e sociedade

civil no campo das políticas públicas (AVRITZER, 2002; DAGNINO; TATAGIBA, 2007).

Essa efetividade se nortearia pelos princípios básicos da chamada teoria deliberacionista, considerados como os princípios de caráter procedimental e/ou substantivo, que devem fundamentar a criação, a organização e o funcionamento dos fóruns ou espaços deliberativos, são os seguintes: igualdade de participação, inclusão deliberativa, igualdade deliberativa, publicidade, reciprocidade, liberdade, provisoriedade, conclusividade, não tirania, autonomia e *accountability* (ALMEIDA; CUNHA, 2011). Além disso, a efetividade deliberativa se expressa “na institucionalização dos procedimentos, na pluralidade da composição, na deliberação pública e inclusiva, na proposição de novos temas, na decisão sobre as ações públicas e no controle sobre essas ações” (CUNHA, 2009, p. 6).

No entanto, para avançar na caracterização da qualidade da deliberação, dos seus procedimentos e resultados, existem algumas lacunas que ainda merecem ser exploradas, uma vez que interferem na operacionalização dos ideais deliberativos. Dentre elas pode-se mencionar a necessidade de identificar quem institui e quem participa da deliberação, os tipos de desigualdades que convivem com a deliberação, a influência do tipo de política e do bem em disputa e o impacto da presença de questões conflituosas, auto interesse e argumentos estratégicos para a legitimidade democrática (ALMEIDA; CUNHA, 2011).

Em suma, existe atualmente forte descompasso entre a riqueza das experiências participativas no país e a precariedade do nosso conhecimento sobre seus efeitos (LAVALLE, 2011). O que se coloca, então, é a necessidade crucial e imprescindível de avaliar a qualidade e efetividade participativa dos cidadãos (SERAPIONI, 2014).

Acredita-se que ampliar e qualificar as avaliações de efetividade das instituições participativas têm o potencial de fomentar, de forma mais veloz, seu próprio aperfeiçoamento e, assim, contribuir para o fortalecimento da democracia e para a melhoria das políticas públicas (PIRES et al., 2011). Nessa perspectiva, esse estudo procurou avaliar a efetividade da participação social do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma, com o intuito de produzir informações que contribuam para o aprimoramento do trabalho desenvolvido através da participação popular.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso sobre o Conselho Municipal de Saúde do município de Criciúma, no sul do estado de Santa Catarina. Para Yin (2015), o estudo de caso é adequado quando se pretende investigar “como” e “por que” de um conjunto de eventos contemporâneos e constitui uma estratégia de pesquisa que requer múltiplos métodos e fontes para explorar, descrever e explicar um fenômeno em seu contexto. A escolha por esse município obedeceu a critério de oportunidade e porque Criciúma é reconhecida nacionalmente como um dos principais centros de mobilização operária e sindical de Santa Catarina (TEIXEIRA, 1996).

O estudo utilizou uma abordagem metodológica qualitativa que busca apreender os sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas práticas e analisá-las à luz dos referenciais teóricos do estudo. A abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, crenças e representações em um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, tão pouco a generalização, mas deve privilegiar o aprofundamento da análise (MINAYO, 1994).

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas, dos conselheiros e membros da secretaria executiva do conselho; e análise documental de atas, relatórios de reuniões e resoluções do CMS.

As entrevistas foram realizadas com 12 integrantes do CMS, sendo que as narrativas foram gravadas em aparelho de áudio digital e posteriormente transcritas, tiveram duração média de 30 minutos a uma hora e foram realizadas em local reservado a fim de garantir a privacidade dos participantes. O anonimato das informações e dos depoimentos dos indivíduos foi preservado, e as entrevistadas foram identificadas da seguinte forma: E01 à E12.

Para a análise documental proposta, foi utilizado o registro da frequência e a categorização por assunto das ações e atividades, bem como os tipos de demandas discutidos em reunião, servindo-se das atas correspondentes do biênio 2015-2017 e do biênio seguinte até o mês de fevereiro de 2018.

Os dados coletados foram analisados por meio de categorias temáticas divididas em temas e subtemas, referente à análise do conteúdo (BARDIN, 1977). Segundo Bardin (1977, p. 45), tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo. A análise de conteúdo pode ser entendida 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”. Os dados provenientes da observação direta foram analisados de acordo com os procedimentos metodológicos sugeridos por Patton (1990), destacando-se os seguintes elementos essenciais de análise: cronologia dos eventos, lugares e eventos-chave, processos mais relevantes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 2.471.789 de 22 de janeiro de 2018.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os processos deliberativos consistem numa dimensão fundamental para avaliar a qualidade da participação. A deliberação é um componente importante dos processos participativos porque envolve, dentre outras coisas, um conjunto de possibilidades relacionadas ao grau de envolvimento dos atores no processo e, principalmente, ao grau de comprometimento destes agentes com as temáticas em discussão e com a possibilidade efetiva de concretização, acompanhamento e monitoramento dessas ações. Saber não apenas quem delibera, mas, principalmente, como se delibera pode ser fundamental para garantir maior qualidade no processo participativo (PIRES et al., 2011).

Para melhor compreender a atuação e aparelhamento deste canal de participação, no sentido de analisar a efetividade deliberativa, os dados organizados e sistematizados resultaram em 3 categorias temáticas, a saber: (1) funcionamento; (2) relações de poder entre Estado e (3) Sociedade Civil; e questões conflituosas. Enquanto para compreender a atuação e organização do colegiado, no sentido de identificar os impactos da intervenção do conselho sobre a definição e execução da política de saúde do município, foram criadas duas categorias, a saber: (4) empowerment e (5) decisão.

### **1 Funcionamento do conselho**

Neste tópico foi possível avaliar em que medida o processo da participação e da tomada de decisões constituem-se como elementos importantes para direcionar os trabalhos do conselho, a partir da



capacidade de realização prática dos princípios da democracia deliberativa.

### 1.1 Igualdade de participação

A ênfase normativa dada à igualdade e à inclusão instiga a análise da aplicabilidade desses princípios em sociedades marcadas por desigualdades estruturais, como o Brasil, em que há garantias de igualdade formal, mas efetiva desigualdade socioeconômica, que se reflete nos processos e decisões políticas que perpetuam essas e outras desigualdades (YOUNG, 2003).

A igualdade de participação é a garantia de que todos os cidadãos de um espaço político tenham a mesma oportunidade para exercer o poder político ou para exercer influência política sobre quem o pratica (COHEN, 1997). Como já mencionado, nas formas da lei, a sociedade civil tem sua participação assegurada no CMS, e o conselheiro que está na primeira gestão também avalia desta forma:

*“Pelo regulamento do Conselho Municipal tem que ser tudo igualitário, tudo igual, até o momento ainda não deu para fazer esse tipo de avaliação mais profunda.” (E09)*

Em contrapartida, uma conselheira que está na terceira gestão faz uma análise da linha do tempo da instituição e relata que quando começou a participar haviam desigualdades que foram sendo neutralizadas até chegar no momento atual:

*“...naquele tempo lá no salão ouro negro as pessoas não podiam entrar, o povo não podia entrar e participar da reunião (...) eles não deixavam as pessoas falarem, não deixavam as pessoas denunciarem nada, era só quem tinha... e nem os suplentes era só quem era titular que falava.” (E07)*

*“...então nessas duas gestões agora que eu voltei depois de oito anos eu voltei para o conselho, foi que nós começamos a mudar a visão do Conselho nesse sentido, no sentido de ir para os bairros, no sentido de estar junto com o povo...” (E07)*

O modelo de participação social que configura o conselho, privilegia a capacidade dos indivíduos e grupos sociais se organizarem coletivamente e influírem constitutivamente no Estado (COSTA;

VIEIRA, 2013). Apesar disso, pode-se observar que o contingente de cidadãos e cidadãs envolvidos não apresenta muita rotatividade ao longo do tempo, e a entrevistada alega que isso ocorre por questões políticas em que um grupo de pessoas luta para permanecer na instituição enquanto os demais não demonstram interesse de participação:

*“...são sempre as mesmas entidades que são as únicas que tem interesse político então elas estão ali, brigam entre si... até nas eleições sempre é uma briga para continuar as mesmas, enquanto o povo reclama, reclama, reclama e nunca vai atrás [...] o povo não se interessa e aí acaba ficando sempre as mesmas pessoas, o conselho fica sempre ali patinando nas mesmas ideias por que não... acaba não saindo do lugar né e o povo não vai atrás.” (E11)*

Visto isso, nota-se que todo e qualquer indivíduo têm a oportunidade de participação no conselho assegurada tanto na legislação quanto na prática. Além disso, a pluralidade, relacionada à diversidade de organizações sociais, atores envolvidos, interesses e perspectivas é garantida, contudo há falta de cultura participativa por parte dos cidadãos em exercer sua cidadania nesses espaços. E é nesse cenário que surge o papel fundamental da educação na formação do cidadão, bem como de práticas que valorizem o empoderamento, através da informação e conscientização dos sujeitos sobre os valores da cidadania.

## 1.2 Igualdade deliberativa

A igualdade deliberativa, é entendida como a participação igualitária no processo decisório, ou seja, igual possibilidade de apresentar temas para a agenda, iniciar o debate, oferecer suas razões, participar das discussões, propor soluções para os problemas e decidir, para todos os participantes do CMS, ainda que haja distribuição desigual de recursos (materiais e informacionais) e de poder (CUNHA, 2009). A sua importância corresponde à possibilidade de que os espaços deliberativos reduzam a influência de desigualdades preexistentes e que os processos deliberativos incorporem todos os atores envolvidos na área de política pública, em condições de relativa igualdade.

A capacidade das instituições participativas de atuarem como efetivos canais de vocalização das demandas da sociedade civil tende a depender, em grande medida, do grau de discussão e debate que são compreendidos no seu âmbito (PIRES et al., 2011). No período de análise foi possível observar que a capacidade de vocalização dos conselheiros

do segmento da sociedade civil, é assegurada, assim como exposto pelos próprios conselheiros:

*“Oportunidade sim e na prática acontece, não opina ou não participa quem não tem opinião formada sobre o tema ou não tem o devido interesse...” (E02)*

*“... todos os conselheiros têm esta autonomia de pautar e são livres para isso, o nosso conselho é bem democrático.” (E09)*

*“...essa questão do conselho, de participação dos Conselheiros de forma a discutirem igualmente e de exporem aquilo que querem isso é feito; a votação depois é independente, como vai ocorrer a votação é a interpretação de cada Conselheiro, (...) então nessa questão é democrático, a participação de todos é importante e é permitido isso.” (E04)*

Indo ao encontro dos relatos supracitados, outro estudo concluiu que mesmo que o segmento governamental apresente melhores informações e mais recursos de poder do que a maioria dos representantes da sociedade civil, pois, responde pela gestão da política de saúde dos municípios, os dados mostram que sua presença não inibe nem restringe a participação dos representantes dos “públicos fracos” da sociedade civil quanto à apresentação de temas ao debate (AGUIAR; MARTINS, 2017).

Outra participante acrescenta a possibilidade de participação de atores externos. O regimento interno afirma que um terço do tempo de cada ponto de pauta, com exceção de atas anteriores, é destinado a qualquer pessoa da comunidade que se apresenta com 10 minutos de antecedência na secretaria executiva do CMS:

*“...todo mundo que chega no conselho, algum Conselheiro, alguma participante consegue explanar a sua ideia, consegue falar bem livre, não tem nenhum impedimento nem nada, nunca tivemos problemas com isso...” (E05)*

Contudo, apesar de considerar que todos conselheiros dispõem de igual oportunidade de fala durante as reuniões, habitualmente algumas pessoas fazem uso da palavra com mais frequência que outras. De acordo os participantes, isso pode ser explicado pelo fato destas pessoas serem consideradas lideranças ou participarem há mais tempo do CMS:

*“...tem conselheiros que já tem uma voz um pouco mais ativa e outros conselheiros acabam ficando um pouco sem oportunidade de colocar essa voz deles, porque alguns já são representantes mais ativos, mais antigos né então acaba que muitas coisas focam nesses representantes, mas sim, todos os conselheiros conseguem emitir sua voz sem problema.” (E08)*

Porém, por outra vertente, participante da gestão reclama por não ter a mesma possibilidade de emitir a fala que os outros segmentos, e acredita que o tempo de fala e o protocolo devem ser seguidos e respeitados independente do segmento:

*“...enquanto gestão a gente tem meio que umas limitações da fala né (...) quando a gestão vai se manifestar "não, já deu o teu tempo, ou então, isso não está no protocolo, deu né... não pode mais falar", e quando a discussão é por parte deles daí eles podem se manifestar o tempo que for né...” (E12)*

Através da participação nas reuniões, notou-se que embora todos participantes consigam iniciar uma conversa e expor sua visão, em algumas situações, as regras que determinam o tempo de fala de cada conselheiro, por exemplo, são cobradas com maior rigorosidade para o segmento da gestão, enquanto os demais segmentos e público externo dispõe de maior flexibilidade para alterar o protocolo. Estas normas serão abordadas com maiores detalhes no item 1.6.

Além do mais, a complexidade e especificidade dos temas relacionados à saúde, a existência de assimetrias informacionais e cognitivas entre os atores, resultantes das históricas desigualdades sociais e culturais, geram interferências diretas na capacidade de pressão e argumentação e podem ser consideradas responsáveis, em partes, por colocar a igualdade deliberativa como um dos pontos mais frágeis destacados pela literatura (GUEDES, 2010).

Em suma, ao considerar a oportunidade dos atores iniciar a discussão no CMS de Criciúma, seja referente às pautas das reuniões dentre outras manifestações, como informes, denúncias, o governo e a sociedade civil têm capacidade semelhante, mas prevalece a capacidade de vocalização, ainda que na perspectiva do modelo hegemônico, da sociedade civil, que tem uma trajetória de intensa mobilização na cidade. A seguir veremos se esta mesma capacidade de levantar assuntos e discutir também permite que todos assuntos sejam levados adiante. Quanto à participação de atores externos, evidencia-se a possibilidade de

que outros atores usem do direito à voz e possam contribuir de alguma forma nas deliberações, porém ela não é expressiva, e ao mesmo tempo instiga repensar maneiras de melhorar o caráter público ou colocá-los em prática e promover o empoderamento da população objetivando a construção de uma nova cidadania.

### 1.3 Inclusão deliberativa

Quando os interesses, razões e propostas, de todos os sujeitos que tomam parte do processo deliberativo, são levados em consideração no processo de discussão e de decisão que autoriza o exercício desse poder e produz as normas vinculantes este princípio é atingido (COHEN, 1997).

Um conselheiro que está iniciando sua atuação agora no CMS relata que todas as razões ou todas as propostas que surgem durante as reuniões são levadas em consideração no processo de discussão e decisão:

*“Todas elas são levadas, são avaliadas e são aprovadas dentro da possibilidade correta.”* (E09)

Outra pessoa acrescentou que pode acontecer de algum assunto não ser abordado momentaneamente, entretanto ele nunca é deixado de lado:

*“...então vai pautar as reuniões do Conselho em cima daquilo que é mais prioritário e de acordo com que o conselho naquele momento achou que é interessante, mas nenhuma pauta proposta pelos conselheiros deixou de ser colocada para a discussão...”* (E04)

Em contrapartida, a visão de outro conselheiro destoou no princípio em questão. O mesmo argumenta de maneira muito enfática a existência de interesses que interferem negativamente impedindo que os assuntos se desenvolvam da maneira como deveriam:

*“Eu acho que todos têm a oportunidade de colocar os seus temas, mas essa gestão está um pouco conturbada e nem sempre os temas são bem desenvolvidos, devido aos interesses mesmo.”* (E10)

Ainda, um marco gritante foi identificado entre as gestões do conselho, capaz de realçar a influência que a presidência exerce neste quesito, em especial a presidência atual, que corresponde ao biênio 2017-2019 quando comparada com o biênio anterior:

*“...eu acho que a gente nunca deixou de passar nenhum assunto, principalmente na gestão anterior isso era bem forte se tinha um assunto importante a gente fazia, quando não dá para ser nas reuniões ordinárias e é uma coisa com urgência a gente faz uma reunião extraordinária.” (E05)*

*“...eu acho que o pessoal que está agora a frente da presidência eles estão mais focados na política e por causa desse grupo que são, digamos assim 3, 4 não deixam nada fluir sabe, então às vezes é um grupo pequeno mas é o grupo que está na presidência então não tem como a gente tá indo para frente assim.” (E05)*

Atrelado a isso e baseado num relato, somente os argumentos e os pontos de vista levantados por um grupo específico de pessoas, chamado de “patotinha”, são apreciados, enquanto os demais participantes tem seu discurso ignorado:

*“...a gente tem algumas pessoas ali que... tipo uma "patotinha" sabe, aquela "patotinha" ali se eles acharem que convém pra eles aí todo mundo vota a favor, se acharem que não convém simplesmente a pessoa fala e ninguém dá ouvido...” (E11)*

*“...mais da metade do que é discutido ali ou proposto não vai pra frente, não vai pra frente (...) fica sempre patinando na mesma coisa...” (E11)*

Esta fragmentação do CMS em grupos dá-se por questão política e pessoal e não reproduz a divisão relativa aos segmentos:

*“Se eu não vou com a cara da pessoa, se aquela pessoa é do partido X e eu sou do Y já descarta, independente de entidade ou segmento tal, não é isso que conta.” (E11)*

Tendo em vista que inclusive as boas propostas podem ser afetadas e na tentativa de salvá-las, eis que surge outro grupo:

*“Tentam fazer a “patotinha” contrária sabe, não necessariamente do mal porque às vezes a proposta é super boa e tem que fazer uma “patota” para poder aprovar ou sugerir alguma coisa, porque senão não vai para a frente...” (E11)*

Perante o exposto, a inclusão deliberativa é seriamente lesada por questões relativas a divergência de interesses, especificamente, interesses pessoais e políticos em detrimento aos interesses coletivos. Mesmo que os membros do conselho consigam, de igual forma, expor seus pareceres e propostas, apenas as considerações e sugestões de um grupo específico são apreciadas.

#### 1.4 Publicidade

Diz respeito à condição aberta e pública dos procedimentos, do debate, das disputas e da definição coletiva do interesse público e da razão que informa esse interesse, qualidade que se expressa na transparência e na visibilidade conferida ao controle público e aberto em torno do processo de decisão, dos recursos públicos e interesses coletivos no setor saúde.

Para Almeida e Cunha (2008) quanto ao princípio da publicidade, as normas regulamentadoras de estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde possibilitam o cumprimento, ao prever que as reuniões sejam públicas e abertas à participação da sociedade. Em direção a este preceito, no CMS de Criciúma as datas e horários são pré-estabelecidos, porém, atualmente, o conselho não conta com estrutura fixa em virtude da ausência de recursos financeiros, prejudicando a participação de atores externos visto que cada reunião ocorre num espaço distinto, cedidos ora por sindicatos ora por outras organizações, e a definição do local era anunciado apenas para os conselheiros:

*“Nesta gestão manteve o dia, na gestão passada também e na gestão anterior eu ia como ouvinte então sempre foi nesses dias, acredito que nunca mudou, então eu acho que já criou uma cultura desse dia, desse horário...”* (E05)

*“As reuniões e horários são sempre fixos então quem quiser ter acesso não vai alterar, só os locais que agora está mudando por conta da sala que está fechada.”* (E11)

Ademais, este princípio deve refletir a transparência dos atos públicos que é concretizado através da prestação de informações necessárias ao debate democrático, de modo a disseminar as conversas, as decisões e possibilitar a fiscalização dos atos da gestão pública. Diferentes tipos de mídia podem ser empregados, tais

como mídia impressa, digital, televisão, utilizando os canais como jornais, sites e canais de TV, dos quais o CMS já desfruta da maioria, conforme descrição:

*“...todas as atas registradas são colocadas na página do Conselho, e todas as reuniões que são gravadas são colocadas no YouTube, na página do Conselho e no Facebook do Conselho para que todo mundo tenha este conhecimento (...) aquilo que a gente discute no conselho que é tirado como resolução, proposta, enfim tudo é publicado, é dado publicidade para que as pessoas tenham estas informações...” (E04)*

Contudo, atualmente a divulgação não está ocorrendo desta forma em consequência do não cumprimento do convênio previsto na lei nº 6541 de 2014, em que o município ficou responsável pela efetuação de repasse anual de recursos para o conselho, a fim de que este gerenciasse os recursos disponibilizados no orçamento para custear as despesas de funcionamento da instituição. Assim, também foram identificados prejuízos neste tópico em virtude do repasse não estar ocorrendo como disposto na lei:

*“...a gente tinha uma página só que aí por conta do convênio ela não está no ar, a gente tem também o Facebook que provavelmente não está sendo alimentado que era onde a gente divulgava mais o que tinha mais importante que estava sendo deliberado, mas eu acredito que não está em funcionamento... nunca mais vi nenhuma publicação.” (E11)*

*“...isso é uma coisa que a gente peca também porque deveria ser mais divulgado, mas o que acontece: nós estamos sem sala, nós estamos sem um lugar para ficar, o governo de Criciúma está negando de devolver um valor x que é nosso por direito, porque nós estamos sem secretária, nós estamos sem um local...” (E06)*

Labra (2006), em seu estudo, considera ineficaz a utilização da publicidade pelos conselhos de saúde, por não utilizarem, ou pouco utilizar, os meios de comunicação (jornal, rádio, televisão, internet) para divulgar atividades ou iniciativas relacionadas com os programas de saúde ou com os problemas da comunidade. E quando existe essa divulgação, ela se restringe à afixação de breves notícias nos recintos dos serviços de saúde. Tornando-os pouco conhecidos pela população, que de



um modo geral desconhece sua utilidade, funções e objetivos gerando uma baixa participação da comunidade que conseqüentemente acarreta baixo ou nulo envolvimento na eleição ou indicação dos representantes dos usuários para comporem os conselhos de saúde.

Nesta perspectiva surgiu no CMS a proposta de realizar uma ação com o intuito de abordar a população, auxiliar na divulgação da instituição e na motivação da sociedade pela vontade de participar, além de fazer um levantamento das necessidades na área da saúde da população, e a autora da proposta explica:

*“Nós pretendemos fazer um “pedágio”, tudo para que o povo seja informado, para que o povo saiba que tem um Conselho Municipal porque nós precisamos que o povo venha e saiba que tem, (...) nós vamos colocar uma tenda ali na praça e depois nós vamos para os bairros todos...” (E07)*

Pode-se concluir que os conselheiros estão cientes da importância do uso destas ferramentas e há interesse por parte deles que os meios de comunicação já existentes no CMS sejam colocados em prática, no entanto é preciso considerar que a instituição está sendo prejudicada pelo fato de não dispor de recursos financeiros, humanos e materiais suficientes para manter os canais informativos atualizados. Evidenciar a transparência dos atos do CMS fomentará a participação de atores externos e exercício da cidadania, tornando-a mais significativa.

### 1.5 Liberdade

Devem ser asseguradas as liberdades fundamentais, como liberdade de consciência, de opinião, de expressão, de associação e as propostas não devem ser constrangidas pela autoridade de normas e requerimentos dados a priori.

Nesta categoria, uma discrepância de opiniões foi analisada: enquanto alguns acreditam que as liberdades são asseguradas para todos os participantes outros pensam que elas não são respeitadas na sua totalidade:

*“Muitas vezes é contestado, mas mesmo assim espera-se respeitar a todos por mais que a opinião seja contrária da maioria.” (E01)*

*“...todos os conselheiros que fazem parte e discutem são respeitados da mesma forma e como qualquer outro espaço há as*

*suas discussões mais acaloradas ou não, mas com respeito a todos os conselheiros.” (E04)*

*“Eu posso dizer que em partes assim, eu acho que na totalidade não, as pessoas até tentam se manifestar e expor a sua opinião, enfim, só que muitas coisas são bloqueadas, bloqueadas por parte dessas pessoas que fazem parte da mesa diretora...” (E12)*

Neste ponto, um marco foi ressaltado entre as gestões onde a presidência era dirigida pelos representantes da gestão e as demais gestões onde a presidência passou a ser ocupada pelos outros segmentos. Em conformidade com a Lei 6541 (CRICIÚMA, 2014), no seu artigo 17, o cargo de Presidente do CMS de Criciúma deve “obedecer ao sistema de rodízio entre os representantes dos Usuários, Profissionais de Saúde e Prestadores, alternando a presidência a cada biênio, observando a seguinte ordem: Usuário, Profissional, Usuário, Prestador e assim sucessivamente, sendo eleito pelo Conselho em colegiado”. Logo, a partir de 2014 não foi mais permitido que os conselheiros pertencentes à gestão ocupassem o cargo de Presidente, tal como acontecia anteriormente e foi lembrado durante uma entrevista:

*“Ou era o prestador e o gestor ou era o gestor e o prestador...” (E02)*

O predomínio de gestores, em especial os secretários de saúde, na presidência dos conselhos de saúde e a relação de fidelidade destes com o chefe do Executivo que os nomeia, as articulações políticas de bastidores entre prestadores de serviço e gestores são alguns dos problemas destacados como sérios entraves à satisfação do interesse público (GUEDES, 2010).

E a demarcação entre os períodos foi também elucidada:

*“...todos têm o direito de se expressar até porque nós não podemos impedir isso apesar de que muitos conselhos e gestões anteriores tentavam impedir isso, mas isso é da própria Carta Magna, da própria Constituição Federal que diz que a liberdade das pessoas se expressarem tem que acontecer.” (E04)*

*“...não existiu que eu lembre cerceamento assim de não deixar expressar ou de não dar voz, (...) acho que antes não era a mesma coisa (...). Eu acho que tem assim um marco bem claro de tempo,*

*de antes e depois que os usuários tem uma participação mais efetiva, que tomaram o conselho como algo mais seu do que era antes.” (E02)*

As regras para ocupação da presidência têm peso importante, dado que o presidente tem determinados poderes no âmbito do processo (PIRES et al., 2011). Logo, a nova legislação municipal do CMS representa, neste âmbito, um ponto positivo e uma conquista para a população, posto que as liberdades, principalmente por parte do segmento dos usuários, não são mais controladas pelos gestores, além de impedir o vínculo direto da presidência do CMS com o governo, evitando conflito de interesses.

#### 1.6 Temas debatidos.

Neste quesito foram analisados como os temas são debatidos, quais temas e quais recursos informacionais estão à disposição dos participantes.

A fim de nortear os encontros e viabilizar um debate harmônico, existem regras para os conselheiros:

*“...tu pode pedir a palavra antes da reunião, e se quiser um ponto de pauta na reunião anterior tu pode colocar em discussão e se votada que sim vai ser feita a tua pauta...” (E01)*

Para solicitar a palavra durante o debate é muito simples, basta se inscrever levantando a mão e a sequência dos nomes é anotada pela secretária da mesa. Já em relação ao tempo de fala de cada participante, foi possível observar que mesmo sendo cronometrado nem todos conselheiros respeitam o limite estabelecido, que é de 3 minutos com base no regimento interno, e alguns ultrapassam o tempo:

*“...dependendo do tema que é um pouco mais quente aí não segue tão certinho, mas normalmente isso é respeitado, são três minutos de fala para cada um, é organizado ali por ordem de inscrição então isso é tranquilo.” (E11)*

*“Aquilo né, não é, nem todo mundo tem a experiência, tem costume de esperar, e esperar a sua vez e tal porque às vezes não concorda e já quer dizer que não concorda. Tem umas discussões bem*

*calorosas e às vezes é preciso interferência de alguém para organizar a discussão.” (E02)*

Apesar de visar a instauração de ordem e permitir que todos consigam explicar sua ideia, uma participante que está iniciando sua primeira gestão no conselho relata que o tempo cronometrado pode prejudicar no sentido de dificultar a discussão dos assuntos em profundidade ou impedir que o raciocínio seja concluído:

*“... é muito cronometrado as coisas, tem tempo para todas as situações e eu acho que isso dificulta um pouco, eu sei que isso também tem que existir no sentido de dar limites às vezes a determinados assuntos porque senão a gente não consegue chegar ao final, mas tem algumas coisas que devido a essa questão de tempo cronometrado, muito assim certinha as coisas às vezes se deixa de fazer algumas considerações às vezes (...) depois, é claro que tu tens possibilidade de se inscrever novamente, mas isso às vezes dificulta...” (E10)*

No tocante a organização dos debates, a presidência e a mesa diretora tem papel fundamental no controle das regras estabelecidas que atribuem uma sistematização de modo a conferir maior ou menor organicidade nos trâmites:

*“...muitas vezes dependendo de como está caminhando esta discussão, a secretária da mesa diretora ou o próprio presidente, ela faz algumas limitações para estas explicações, mas existem as regras.” (E08)*

E mais uma vez, os conselheiros que participam há mais tempo fazem uma comparação especial entre a gestão do biênio 2015-2017 e a atual (biênio 2017-2019):

*“Na gestão anterior isso era bem frisado, encerrou o tempo encerrou a fala, a não ser que sobrasse tempo se inscrevia de novo. Na gestão atual ainda não tem um processo organizacional bem estruturado, (...) as discussões não tem início, meio e fim.” (E01)*

*“Na gestão passada era tudo colocado, todas as questões tinham uma organização bem clara assim das reuniões, tudo que era trazido para a reunião era decidido, tinha respeito, a gente*

*conseguia definir as coisas, tinha pauta, tinha questão de ordem, tinha leitura de correspondência, tinha tudo sabe... era bem certinho e esse ano não, tu começa tu não sabe qual é o início da reunião, qual é o final, tu não consegue decidir, tu não tem ordem para nada, tu não tem respeito para nada. A gente começa uma reunião e a gente não consegue terminar, raramente os assuntos são conseguidos definir o que está sendo feito ou qual é a reunião que está sendo realizada, não tem... tá bem assim, difícil mesmo.”*  
(E05)

Durante algumas reuniões das quais participei, em especial as que tratavam do SISPACTO (Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle), pude observar que nem sempre as conversas eram cronometradas, vários participantes falavam ao mesmo tempo e a ordem de inscrição para a fala não era cumprida, resultando num debate desorganizado. Desacreditados e envergonhados com a situação, alguns conselheiros, em vários momentos, pediram questão de ordem, porém, não surtia um efeito duradouro e dentro de pouco tempo a bagunça se instalava novamente. Em decorrência disso os assuntos programados para aquele dia não eram finalizados e necessitavam ser postergados.

Outrossim, alguns autores avaliam os processos participativos a partir do seu potencial para identificar as demandas da população, informar sobre as políticas públicas e detectar a qualidade dos serviços públicos recebidos por ela (COELHO, 2011; AVRITZER, 2011). Acerca dos temas abordados nas reuniões, referente ao período de realização da pesquisa e em conformidade com as três fontes de coleta de dados, pode-se destacar uma diversidade de assuntos, tais como: unidades hospitalares, unidade de pronto atendimento, mortalidade materna e infantil, parto humanizado, saúde do trabalhador, saúde mental, atendimento aos diabéticos, convênio financeiro do CMS com o governo municipal, SISPACTO, Plano Municipal de Saúde, e outros.

A participação no sentido de contribuir com a coletividade na luta pela garantia do direito à saúde, representa uma noção de bem comum e constitui uma característica de alguns representantes oriundos de movimentos comunitários. Contudo, representantes de segmentos específicos e da categoria de profissionais tendem a apresentar uma visão mais focada na defesa do segmento por eles representado, numa postura mais corporativista. O sentido da luta pelo bem comum encontra muitos obstáculos nas sociedades de mercado onde predomina o individualismo, defesa de interesses privados e competição (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010). Corroborando com esta colocação, o individualismo foi verificado

também no interior deste espaço participativo, podendo tornar as lutas coletivas mais difíceis:

*“...a gente trouxe demandas relacionadas à saúde do trabalhador e eu como diabético também a gente fundou uma associação de diabéticos e também trouxe várias demandas em relação aos diabéticos, a falta de insulina...”* (E04)

Ainda, foi possível verificar a semelhança das reivindicações levantadas por conselheiros do segmento de usuários, que passam pelo atendimento prestado pelos profissionais nos estabelecimentos do setor saúde e a demanda de construção de novas instalações para as UBS em seus respectivos bairros. Ao indagar a respeito do aparecimento das demandas nos bairros, um conselheiro explica como ocorre a interlocução entre a comunidade e o CMS:

*“...as pessoas que me procuram ou procuram as agentes de saúde, elas vem me informar, até mesmo as enfermeiras chefe, então estas demandas e a gente mesmo no dia a dia vai notando se está faltando alguma coisa e a gente vai procurar levar para o conselho para discutir.”* (E09)

Sobre a distribuição do tempo entre os assuntos, Cunha (2007) fez uma análise sobre a efetividade deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde no nordeste e assevera que os conselhos têm menor efetividade deliberativa quando prevalece a função de controle sobre a função propositiva, o que se manifestou nos conselhos pesquisados em seu estudo. A função de controle, caracteriza-se pelo acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelo Estado e se expressa de formas diferenciadas no processo deliberativo: denúncias, propostas de intervenção, avaliação de serviços etc. Já a postura mais propositiva com relação à política, encontra-se nas fases de elaboração e avaliação de aspectos mais centrais à própria política, ou seja, nos processos de proposição do orçamento, do plano de ação e na apreciação dos relatórios de gestão. A autora acrescenta:

A prevalência do exercício do controle indica que os conselhos despendem mais energia sobre decisões já tomadas e em execução, muitas delas não compartilhadas pelos governos com os conselhos. Isso pode significar que os conselhos

estão tendo muito pouca capacidade de intervenção nos rumos da política em si, que é definida nas fases de elaboração dos orçamentos e dos planos municipais de saúde e da criança e do adolescente. O estudo possibilitou constatar, inclusive, a pouca discussão que existe nos conselhos sobre o financiamento da política e os critérios de repartição dos recursos públicos geridos por eles (CUNHA, 2007).

A dificuldade acima constatada, é também objeto de investigação de Labra (2006) que ressalta que as reuniões mensais despendem muito tempo tratando de assuntos internos, sendo raros os debates de temas substantivos, predominando a impressão de que seriam espaços para reivindicações específicas ou denúncias pontuais. As importantes peças de gestão: Planos de Saúde, Orçamentos e Relatórios de Gestão são pouco discutidos, e em geral chegam aos conselhos prestes a terem o prazo de entrega esgotado e acabam por converter o processo de apreciação e votação em um mero ritual de aprovação de documentos urgentes, sem maiores análises.

Em consonância com estes achados, foi observado no CMS de Criciúma situações similares, sobretudo no que diz respeito ao Plano de Saúde:

*“...o plano é um problema assim porque a gente não teve a aprovação do último plano de 2014 a 2017, agora a gente já está encaminhando para o novo plano e no momento agora vai ser votado o SISPACTO, nessa próxima reunião que também é importante para o plano municipal de Saúde, mas até o momento a gente não teve a aprovação do plano ainda para 2018 – 2022...”*  
(E08)

Ainda sobre o Plano Municipal do período de 2014-2017, outra conselheira argumenta:

*“Ele não veio no primeiro ano como era para vir, ele veio no segundo e ele era tão ruim que ele nem sequer foi efetivamente analisado (...) E aí como houve um reconhecimento de que realmente aquele documento foi feito às pressas, então enfim...”*  
(E02)

No atual momento, parte do prejuízo causado à dinâmica de funcionamento pode ser atribuído à demora na efetivação do acordo financeiro entre o CMS e o governo municipal, visto que resultou no acúmulo de conteúdos, em razão da suspensão temporária das reuniões do CMS até o momento em que houve intervenção do Ministério Público. O mesmo intercedeu a fim de promover um acordo entre as partes e resolver o conflito o mais rápido possível.

*“Nesse primeiro momento está vindo mais coisas da gestão porque estava meio parado, até foi feita eleição do Conselho e ficou parado seis meses, então ficou muita coisa que estava parada que é obrigado a ser aprovado...”* (E09)

O grande volume das atividades a serem resolvidos 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 (SHIMIZU et al., 2013). Neste interim, o desafio é fazer com que o papel institucional não seja desviado e ao encontro desta discussão emerge uma sugestão de proposta de trabalho:

*“...uma proposta que eu fiz quando me propus a participar, foi que os usuários tivessem uma discussão e um plano sobre a sua participação de não deixar que as urgências e as denúncias, enfim que a atuação fosse de apagar incêndios ao invés de ter rumo, de ter um Norte...”* (E02)

Além disso, estas instituições, diante de seu dever de apreciar e deliberar sobre o Plano Municipal de Saúde e, em decorrência, sobre a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, esbarram também na complexidade da regulação do planejamento público, mormente sem poder, de regra, contar com o apoio técnico imprescindível para o entendimento da matéria. O modelo participativo do controle social, não obrigatoriamente deve transformar os conselheiros em juristas ou contadores para que possam exercer suas atribuições, contudo, necessita incluir conselheiros que tenham experiência pessoal para deliberar sobre a oportunidade e conveniência das propostas de ação e serviços públicos de saúde que constituem os instrumentos de gestão em saúde (SILVA, 2013).

Para que os conselhos tenham um desempenho mais efetivo é primordial que a utilização das informações ocorra de forma adequada e compreensível, para que as decisões tomadas atendam aos interesses da



sociedade (GONÇALVES; GONÇALVES; TAVARES, 2011). Com esta finalidade os conselheiros do CMS de Criciúma devem receber, antecipadamente, o material informativo das pautas a serem discutidas, servindo de suporte para proporcionar o entendimento do conteúdo e ampliar a efetividade das deliberações. Ao serem indagados sobre os recursos de informação, um conselheiro revela:

*“...qualquer pauta que é colocada tem que chegar toda documentação para que o conselheiro possa analisar elas com cinco dias de antecedência, se esses conselheiros tiverem dúvidas ainda em relação ao tema na reunião do conselho ele pode pedir vista. (...) todas as condições de que ele tenha as informações necessárias para votar são oferecidas.” (E04)*

Os meios de comunicação mais utilizados pelos conselheiros, de acordo com as informações coletadas nas entrevistas, são Internet (100%), televisão (66,7%), jornal escrito (41,7%), rádio (41,7%) e revistas (25%). De forma semelhante, um estudo realizado com conselheiros municipais de saúde de Belo Horizonte-MG, identificou que as fontes de informação mais utilizadas para se atualizar foram televisão, jornais, rádios e através de amigos e familiares (SANTOS; VARGAS; LUCAS, 2011).

O uso da internet revela-se muito importante como canal de comunicação para os conselheiros, auxiliando no desempenho das suas funções, conforme atesta o depoimento a seguir:

*“...a gente costuma (...) receber sempre por e-mail a pauta e os materiais encaminhados, é o que a gente recebe e daí posterior à reunião a gente recebe a ata para aprovação (...)” (E12)*

Autores relatam que de modo geral, os conselheiros mostram-se ativos em relação ao hábito da leitura, lendo o material que recebem e informações pontuais que precisam para formar sua opinião e deliberar nos espaços que atuam (MORAES et al., 2009). De encontro à este achado, uma participante revela que, com frequência, o exercício de busca pelo conhecimento não transcorre de maneira ideal:

*“...o que eu percebo é que muitas vezes não é feita essa pré-análise por todos os conselheiros e eu já tive essa experiência de levar um ponto de pauta para a discussão e muitos conselheiros não terem lido previamente o material que foi enviado e aí muitas vezes a*

*deliberação ela acaba se prolongando por conta destas situações...” (E08)*

E isto pode estar vinculado à vários aspectos, tais como pouco tempo disponível para estudo, falta de interesse, o pouco hábito de leitura, a dificuldade dos textos ou ainda por falta de acesso às informações. Na literatura, Moraes et al. (2009) relatam que o hábito de busca e uso da informação adotado no exercício de sua função de conselheiro de saúde é expressão de sua inserção sociopolítica e econômica. Ou seja, as desigualdades no âmbito dos conselhos de saúde refletem as desigualdades existentes na sociedade brasileira decorrentes dos processos de exclusão não só digital, mas na própria constituição do hábito de busca e uso da informação em suas diferentes formas. Os autores revelam que um número significativo de conselheiros do segmento de usuários relata não ter acesso a um jornal impresso diário ou Internet em casa ou no trabalho, e geralmente, usam a rede somente quando vão aos conselhos, constituindo um dos desafios da atual política de saúde em sua articulação com o setor das telecomunicações de desenvolver ações que contemplem as realidades sociais e ambientais distintas.

As dificuldades de lidar com computadores ou de realizar pesquisas na Internet, além da dificuldade para entender a linguagem utilizada em livros sobre o tema e na legislação sobre os conselhos são aspectos igualmente negativos para a participação, de acordo com estudo realizado em um Conselho Local de Saúde (BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015).

## 2 Relações de poder entre Estado e Sociedade Civil

Outra questão abordada foi a percepção de relações de poder no interior deste fórum colegiado. O foco nas relações de poder implica analisar a distribuição, concentração e alternância de poderes em relação a formulação das normas de funcionamento, definição da pauta e tomada de decisão (CUNHA et al., 2011), bem como enfatizar os efeitos da assimetria de poder no processo decisório. Esta empreitada necessita um olhar crítico, partindo do reconhecimento das particularidades dos contextos, cada qual com uma dinâmica própria de interação entre os atores sociais e de exercício de poder, envolvendo os múltiplos atores locais, entre si e com atores externos ao contexto local (FONSECA, 2011).

Por conseguinte, as próprias regras para ocupação da presidência, como citado previamente, são importantes por determinar o tipo de ator na condução dos trabalhos e no processo decisório de conselhos (CÔRTEZ, 2009), interferindo, inclusive, na própria definição das pautas (PIRES et al., 2011). No CMS de Criciúma, há uma diferença marcante nas gestões conduzidas por representantes do governo e pelas gestões, mais recentes, presididas pelos demais segmentos, como destacado no relato a seguir:

*“É bem marcante essa questão da diferença de discussão que há agora nas últimas gestões para antes, quando a gente via que haviam discussões, havia debate, mas praticamente quem participava eram representantes, representantes de profissionais (...) ...tinha aquela história do gestor administrar e tomar frente de tudo...” (E02)*

*“...nas últimas gestões eu acho que o conselho está um pouco mais ativo e então com mais participação, principalmente da fração dos usuários (...) e eu acho que isso se democratizou um pouco mais ultimamente, a gente vê pelo menos vários usuários com uma participação assim muito boa, em termos tanto de frequência quanto do conteúdo mesmo, do que se questiona ou do que se coloca como demanda para o conselho.” (E02)*

À vista disso, o CMS em questão diverge dos Conselhos de Saúde em âmbito nacional, que tendem a apresentar um presidente que seja ‘naturalmente’ o Secretário de Saúde. Partindo desse pressuposto, Avritzer (2009) também considera que os Conselhos de Ilhéus e Jequié na Bahia, Camaragibe, Olinda e Petrolina em Pernambuco, Juazeiro do Norte, Fortaleza e Sobral no Ceará constituem exceções, dado que seus presidentes são eleitos em Plenária entre os conselheiros. No CMS de Criciúma, além da presidência ser eleita em plenária e a rotatividade dos segmentos para a presidência estar garantida pela legislação, outro avanço é que os representantes do governo não podem fazer parte do rodízio para ocupar o cargo de presidente, reduzindo a concentração de poder por parte do Estado, o que torna esse CMS mais democrático.

Da mesma maneira, a responsabilidade da definição da pauta de discussão e do modus operandi das votações, ou as regras sobre quem, como e quando podem se manifestar, por exemplo, podem impactar de maneiras significativamente diferentes o processo participativo se

definidas pelo próprio presidente da instituição ou se definidas de forma compartilhada (PIRES et al., 2011).

No que tange, a pauta da reunião ordinária, de acordo com o Regimento Interno do CMS, no seu artigo 16, será elaborada ao término das reuniões ordinárias, definindo-se o tempo de cada ponto de pauta e constará de: I - discussão e aprovação dos destaques da ata anterior; II - leitura de Correspondências; III - informes da mesa e dos conselheiros; IV - ordem do dia, contará com no máximo três pontos de pauta; V - deliberações; VI - encerramento.

Em conformidade com a legislação, um participante relata que os conselheiros, de todos segmentos, indicam assuntos que consideram interessantes como proposta de pauta da próxima reunião, que é acolhida ou não a partir de análise em plenário:

*“...todas as pautas que os conselheiros propõe elas estão sendo discutidas (...) a participação é de todos, democrática e para que isso aconteça, inclusive com as propostas de pautas e outras coisas (...) Independente do segmento, o que pode acontecer é eu propor uma pauta e o conselho não entender que essa pauta é interessante, mas a proposta da pauta ela depende do Pleno, do Pleno do Conselho...” (E04)*

Normas divergentes a este CMS foram identificadas no nordeste do Brasil. Em Ilhéus, Bahia, constatou-se que a atribuição relativa à definição do conteúdo da pauta das reuniões do CMS cabe ao Presidente do Conselho, embora ele seja eleito pelos membros em plenária. Já em Alagoinhas (BA) e Garanhuns (PE) ocorre o contrário: os presidentes dos Conselhos são, naturalmente, o Secretário Municipal de Saúde, mas quem define a pauta são os conselheiros em plenária (AVRITZER, 2009).

Em adição, o regimento interno (p. 07) revela que “a Mesa Diretora poderá acrescentar na pauta de reunião assuntos de extrema urgência que será votado em plenário para sua manutenção ou exclusão do ponto de pauta”.

Nessa lógica, e com fundamento em uma das observações que ocorreu no dia 13 de dezembro de 2017, no início de uma reunião extraordinária para finalizar a discussão acerca do SISPACTO, a presidente do CMS sugeriu a inclusão de uma pauta que não estava prevista e dizia respeito à uma comunidade que se fazia presente para fazer reivindicações para a Unidade de Saúde do seu bairro. A votação foi realizada e a maioria concordou em incluir a fala da comunidade no início

do encontro. O representante do bairro explanou durante 15 minutos, aproximadamente, sobre um espaço construído para alocar uma comunidade terapêutica que até hoje encontra-se abandonado, além do número de usuários que passa de 10 mil habitantes no seu bairro e sucateamento em outra Unidade de Saúde. Contudo, cabe aqui questionar, qual a urgência neste caso? A demanda da comunidade que não é de agora, poderia ser levantada em outra reunião? Aqui vale frisar que o SISPACTO, que tem prazo para inserção das metas pactuadas pelo município, é importante para o fechamento do Relatório Anual de Gestão, sendo que o não cumprimento de tais responsabilidades acarretam em possíveis sanções por parte dos órgãos de controle e Ministério da Saúde, que venham a incorrer em prejuízos no processo de repasses de recursos financeiros.

Não obstante, uma conselheira alega que além da presidente do CMS incluir novos temas como ponto a ser discutido, em algumas ocasiões ela já ratifica sua respectiva aceitação, sem o consentimento dos demais participantes:

*“...até teve um momento que foi esse ano, “alguns momentos” que a mesa diretora, digo até a presidente assim, que daí esse ano foi eleita a presidente, ela colocava algumas discussões e ela mesmo já fazia a aprovação (...) não é “ela”, porque ela é a presidente, colocar um item que às vezes não estava nem em pauta, colocar isso e já tomar a decisão dizendo que estava aprovado ou não aprovado (...) então as pessoas colocam as suas opiniões só que a mesa diretora em algum momento meio que começou a querer tomar decisão por si só...” (E12)*

Nesse sentido, pode-se dizer que o grau de democratização para construção da pauta é alto, pois ainda que a presidência tem maiores poderes na inclusão de pautas, as mesmas devem ser votadas e definidas por um grupo misto de indivíduos de segmentos diversos. Caso fossem estabelecidas somente pelo presidente do conselho isso indicaria um grau mais baixo de democratização do conselho, pois o presidente seria o ator com capacidade para definir toda a natureza e substância da deliberação (VAZ, 2011).

Por fim, este espaço conta com regras que facultam aos membros mais poder de decisão, uma vez que tanto a presidência quanto o conteúdo da pauta são definidos em plenária (AVRITZER, 2009).

### 3 Questões conflituosas

As questões conflituosas podem ser compreendidas quando os conselheiros são motivados a participar, primeiramente, pelo auto interesse em obter infraestrutura para seu bairro, melhorar suas vidas, promover sua carreira política e não pelo desejo de exercer a cidadania e deliberar (ABERS, 2003).

Quando questionados se existe alguma facilidade com relação à administração municipal, as percepções dos conselheiros divergiram. Alguns consideram que pelo fato de ocupar esta posição pode auxiliar apenas para facilitar o acesso à documentos:

*“...talvez isso não seja uma facilidade, mas talvez tenha um (...) acesso maior às informações, acredito que sim... e como deveria né, por que o conselheiro precisa ter um acesso às informações para que ele consiga trabalhar melhor...” (E08)*

Oliveira (2006) aponta que pode surgir um problema quando o conselheiro, principalmente representante dos usuários, é cooptado pelo gestor em troca de pequenos favores, fichas médicas, exames para amigos, vizinhos ou parentes, fazendo alterar suas votações e posições dentro do conselho, quando não empregos na administração pública. Em oposição, outros conselheiros do CMS de Criciúma alegam que não usam do cargo para ter acesso facilitado à consultas nos estabelecimentos públicos ou para pleitear exames para si e/ou terceiros:

*“...como conselheiro eu acho que não seria ético eu ir lá passar uma pessoa na frente, se tem outra pessoa que está precisando (...), eu não faço.” (E03)*

*“...eu como conselheira local e municipal eu não vou dizer assim “porque eu sou isso eu vou passar na frente de todo mundo”, negativo, se eu tiver que pegar número eu vou de manhã cedo, faço tudo como os outros fazem, (...) cada um no seu devido lugar, eu sou povão como qualquer outro.” (E06)*

Por este ângulo, é de suma importância sensibilizar os indivíduos para o exercício ético do controle, visando um compromisso de responsabilidade com os interesses coletivos. Contudo, a falta de clareza sobre a concepção de participação e controle social por parte dos cidadãos é um dos grandes entraves a serem enfrentados pela sociedade para que

esta consiga transcender essa barreira e exercer o verdadeiro controle social (MACEDO, 2005).

Procedimentos ilícitos foram mencionados por representantes dos usuários em três capitais localizadas em diferentes regiões do país: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Recife (PEREIRA NETO, 2012). O autor revela situações nas quais o poder de fiscalização do conselheiro em relação a uma unidade de saúde transforma-se em ameaça. O representante do usuário pode usar sua condição para conseguir uma vaga no atendimento público para si, o que o autor chama de "carteirada para si", ou para beneficiar terceiros, também denominada "carteirada para o outro", que configura uma prática de troca de favores.

No CMS de Criciúma, uma participante cita circunstâncias em que usufrui do cargo para auxiliar outras pessoas, por meio de intimidação aos profissionais de saúde:

*“...como conselheira às vezes nós nos identificamos que daí eles já sabem que nós conhecemos as leis então eles têm que se comportar conforme aquilo ali, senão eu gravo mesmo e eu denuncio mesmo, então como conselheira muitas vezes eu tive que entrar assim já para ajudar as pessoas em hospitais, em unidade de saúde, para saber os direitos deles...”* (E07)

Reflexos desta atuação também são observadas nos conselhos locais de saúde, que acabam por atrapalhar, muitas vezes, o fluxo do atendimento no estabelecimento:

*“Na verdade na unidade, os conselheiros locais muitas vezes atrapalhavam o fluxo do atendimento por questões de... se colocando como autoridade na unidade e se colocando como se fossem profissionais auditores da unidade interferindo no fluxo...”* (E01)

Neste segmento, o correto é que as denúncias apresentadas aos Conselheiros sejam encaminhadas ao Conselho para discussão e deliberação, cabendo a este repassa-las, por intermédio de seu presidente, aos órgãos competentes quando for o caso. Se o presidente não o fizer por qualquer razão, os Conselheiros deverão discutir e encontrar um meio de fazê-lo como Plenário do Conselho. Não é função dos Conselheiros, embora alguns ainda façam esse tipo de confusão, o encaminhamento individual de demandas aos serviços de saúde ou a tentativa de resolvê-las, visto que o conselheiro não desempenha função executiva. Ele

participa da formulação da política de saúde, acompanha e fiscaliza a sua implantação, incluindo-se aí o encaminhamento das denúncias (BRASIL, 2002).

Quando o Conselheiro tenta seguir por essa direção, ele corre o risco de envolver o Conselho em atitudes clientelistas, que beneficiam apenas alguns ou que atendem a interesses partidários ou a ambições políticas pessoais do próprio Conselheiro (BRASIL, 2002).

O clientelismo estatal, bem como o neocorporativismo são destacados na literatura, dentre as distorções e desvirtuamento tanto da atuação dos representantes não estatais como da própria relação entre Estado e sociedade na prática dos conselhos (BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013).

Uma ação neocorporativa é desempenhada para defender apenas os interesses das entidades que os atores representam, deixando em segundo plano os interesses da sociedade como um todo. Já, o que caracteriza a prática clientelista é a troca de apoio eleitoral por benefícios financeiros, sociais ou outra vantagem qualquer. Sua nova vertente, denominada de clientelismo estatal expressa que os favores e recursos são distribuídos e direcionados a grupos de pessoas e não mais a indivíduos isoladamente (BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013). Ambos devem ser combatidos com todo o rigor em nome da construção de uma nova democracia.

Ademais, enquanto uma instância de poder, os conselhos se tornam, frequentemente, alvos de disputas político-partidárias e ocupados por militantes partidários, transformando-se em uma arena de embate entre diferentes forças que nem sempre conseguem isolar o interesse partidário do interesse público da saúde (OLIVEIRA, 2006). No CMS estudado, integrantes afirmam que os interesses individual e político prevalecem sobre o coletivo:

*“...eles têm um direcionamento político-partidário nas discussões...”* (E12)

*“...as vezes eles levam muito para o lado... como se fosse o lado pessoal do negócio sabe, não entendendo o contexto que é a saúde da população...”* (E12)

Além disso, outra integrante do conselho, refere que a forma com que o presidente do conselho se comporta e as atitudes que ele toma, também refletem na atuação dos demais membros:



*“Sempre tem rixas e questão política, só que a postura do presidente manda muito no jeito com que os conselheiros vão encarar, se o presidente... já age desta maneira todo mundo vai querer fazer igual, então acho que acaba sendo reflexo né, a presidência faz muita diferença...”* (E11)

Oliveira (2006) acrescenta que quando o partido é de oposição, a guerra contra o gestor se torna insuportável e, quando é de situação, nada é criticamente discutido. Então quanto mais um conselho é partidarizado, mais polarizado é o debate acerca das questões de saúde e menos ele atua na dimensão do controle público (OLIVEIRA, 2006).

Para melhor ilustrar esse tópico, temos alguns trechos das falas dos conselheiros:

*“...dependendo do grupo que tá na gestão dos conselheiros muitas vezes o que tá acontecendo hoje de levar pro particular, opinião própria e não municipal ou macro e sim individual...”* (E01)

*“...dependendo do partido que está e das pessoas que estão no conselho isso tem um direcionamento meio complicado assim, que interfere bastante nas decisões, influenciam totalmente nas deliberações...”* (E12)

*“...é uma coisa ruim, mas a gente vê que o gestor está fazendo de tudo para o conselho de saúde não ter noção ou consciência, o que seja, do que... onde é que está indo o dinheiro, eu não sei se por uma questão de política mais partidária do pessoal que está no conselho atual, não sei se isso pode estar interferindo... por isso que até eu noto que na gestão anterior não tinha tanto isso, a gente não via tanto essa agressividade, mas agora assim a gente não vê, tu não consegue nem ter um diálogo entre o gestor e o conselho, não tem...”* (E05)

Em virtude da agressividade referida e que está atrelada ao envolvimento partidário, muitas pessoas estão desanimando e alguns segmentos pensam em desistir:

*“...eu tive conversando com as associações de moradores eles estão querendo desistir, a associação de conselhos locais dos bairros estão querendo desistir também porque eles dizem que eles estão sendo muito pressionados, eles não querem política (...)*

*muita pressão por parte da prefeitura, por parte de políticos...”*  
(E07)

O Conselheiro, como um cidadão consciente e participante ativo na vida política de sua cidade, pode ter suas simpatias ou até mesmo laços de filiação em relação a algum partido. Mas essa condição não pode se sobrepor à sua função de Conselheiro, quando o que estiver em jogo for o legítimo interesse de toda uma população de usuários (BRASIL, 2002).

Enfim, é notório o conflito de interesses, sobretudo interesses individuais e políticos, que perpassam os debates, as negociações e a tomada de decisões no interior do conselho estudado. Todavia, as batalhas devem ser voltadas ao fortalecimento das políticas públicas de saúde e sua gestão.

#### **4 Empowerment**

“Empowerment” tem sido, atualmente, empregado na gestão pública participativa para promover a cidadania e consolidar os processos democráticos entre Estado e sociedade civil.

O termo “*empowerment*” já existia antes mesmo da utilização a partir dos movimentos emancipatórios relacionados ao exercício da democracia e da cidadania (ALMEIDA, 2015). O mesmo tem origem nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social” presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70 é influenciado pelos movimentos de autoajuda; nos anos 80, pela psicologia comunitária e na década de 90 pelos movimentos que buscavam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social (CARVALHO, 2004).

Entretanto, recentemente, o termo “empowerment” revela-se também como um projeto de cunho internacional articulado com as diretrizes do Banco Mundial, que o incorpora como um dos principais dispositivos de enfrentamento da pobreza, no sentido de buscar um apassivamento dos conflitos, através de uma politização conservadora e fragmentação dos sujeitos coletivos. Nessa vertente, empoderamento é mais que um conceito ou estratégia, assim como usado pelos autores como forma de “fortalecimento dos sujeitos, ampliação de sua autonomia, participação cidadã [...]”, ele é considerado como um projeto “com conteúdo e concretude, com funcionalidades econômicas e políticas” (CARVALHO, 2014, p. 146).

Tal projeto tem entranhado as políticas e os programas sociais e vincula-se aos projetos político-econômicos a serviço dos interesses do

grande capital, reforçando o individualismo e moralizando as manifestações da “questão social” dando à estas respostas subjetivas, além de fortalecer conceitos como exclusão, risco social, vulnerabilidade. Ademais, essa estratégia “deseconomiza, despolitiza, moraliza e subjetiviza as relações sociais de produção capitalista” (CARVALHO, 2014, p. 148).

Logo, considerando-se que além das origens da noção de “empowerment” serem diversas, a tradução do termo da língua da inglesa, de onde deriva, vem resultando em distintos significados e definições a respeito da terminologia. Em virtude desta vasta polissemia conceitual, opta-se, portanto, pelo uso do termo no idioma de origem para manter a fidedignidade da tradução e a sua essência, que diz respeito a questão do poder (democracia, fortalecimento, autonomia) e de suas teias de relações dentro da sociedade e das instituições sociopolíticas (ALMEIDA, 2015).

Neste sentido, Carvalho (2004) propõe a noção alternativa de “*empowerment* comunitário”, tomando como referência a produção de autores como Julian Rappaport, Paulo Freire e Saul Alinsky. O autor considera que o aspecto central do “empowerment comunitário” é “a possibilidade de que indivíduos e coletivos venham a desenvolver competências para participar da vida em sociedade, o que inclui habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique a ação política” (CARVALHO, 2004, p. 1092).

O empoderamento social indica processos que buscam promover a participação, visando aumentar o controle sobre a vida de indivíduos e comunidades, eficácia política, maior justiça social e melhoria da qualidade de vida. Espera-se, como resultado, o aumento da capacidade de indivíduos e grupos de definir, analisar e atuar sobre seus próprios problemas (CARVALHO, 2008).

Preservadas as particularidades de cada palavra e de cada contexto, o conceito de libertação utilizado por Paulo Freire refere-se ao mesmo fenômeno expresso na palavra empoderamento, em que os aspectos de inclusão social e resgate da cidadania vão além da questão de redistribuição de poder, abrangendo a necessidade de práticas educativas que promovam a participação dos indivíduos na identificação e na análise crítica de seus problemas, visando a elaboração de estratégias de ação que busquem a transformação da realidade (GARRAFA, 2005). À vista disso, a participação para se tornar plenamente efetiva, necessita de uma qualificação permanente, fazendo-se necessária a consolidação do conhecimento acerca das estruturas estatais, para que possa haver uma interlocução adequada entre os representantes e uma intervenção assertiva nas políticas públicas (CARVALHO, 1997).

Apoiado nesta conjuntura foi possível averiguar no campo em foco os seguintes elementos: capacidade dos conselheiros em debater e influenciar as deliberações; conhecimento técnico para compreensão de determinados objetos de debates e conhecimento das suas atribuições como conselheiro; e ocorrência de atividades de capacitação.

Sendo assim, observou-se que a ausência ou fragilidade com relação à capacidade argumentativa dos conselheiros, o conhecimento especializado dos assuntos abordados, bem como a capacidade em produzir debates e decisões pode impactar negativamente nas atividades e nas deliberações:

*“...todos têm o direito de se expressar, o problema é que alguns têm algumas dificuldades para isso e em virtude disso eu acho que muitas vezes as discussões não acontecem da forma que deveriam acontecer... alguns se intimidam, muitos por ter já este problema de se expressar, outros às vezes por desconhecimento do assunto que está sendo discutido e aí isso não fica muito legal.” (E10)*

Assim, as experiências prévias na área do controle social podem ser consideradas favoráveis para a otimização das atividades do conselho, pois com o passar do tempo os conselheiros acumulam conhecimento e experiência na instituição. O aprendizado técnico e organizacional, proveniente de experiências anteriores, “aumentaria a capacidade dos conselhos de responder às exigências técnico-burocráticas da gestão de políticas públicas e, por extensão, a capacidade de intervir nas políticas formuladas segundo essa lógica” (LIMA et al., 2014, p. 15).

Detectou-se durante as entrevistas que os conselheiros de saúde, sobremaneira os que participam há mais tempo, são dotados de conhecimento acerca da legislação que regulamentava inicialmente os conselhos, da oitava conferência nacional de saúde e do papel do conselho com relação às finanças do município, por exemplo.

Deste modo, a experiência prévia adquirida nesses espaços de participação cidadã pode auxiliar os conselheiros a aprimorar o processo decisório, além de possibilitar sua propagação para os demais integrantes das entidades das quais fazem parte:

*“...com essas possibilidades continuada, gestão após gestão, é claro que os conselheiros vão criando competência para fazer as coisas e vão [...] disseminando na sua organização também esse tipo de coisa, ele traz mais alguém, ele tem o titular, o titular vem*

*outro dia, então quer dizer, vai se propagando ao longo do tempo...” (E02)*

Entretanto, outra integrante, ao fazer uma análise do cenário atual, considera que nem sempre os conselheiros mais antigos na instituição são detentores de maior conhecimento sobre o seu papel, não sendo os mais preparados para desempenhar as suas respectivas funções:

*“...tem alguns que estão ali há muitos anos, então aprenderam bastante coisa, sabem como é que funciona, mas tem outros que estão ali há muitos anos e ainda não entenderam qual é o papel do Conselheiro e do Conselho, e tem aqueles que estão começando agora, então vamos dizer que um terço sabe qual é o seu papel ali dentro e o papel do Conselho, os demais estão aprendendo...” (E11)*

Diante disso, vários estudos abordam o despreparo e falta de conhecimento dos conselheiros sobre o seu papel (CORREA, 2005; FRANCHI et al., 2012), evidenciando a necessidade investir na orientação, conscientização e preparo de cidadãos com capacidade crítica para influenciar, reivindicar e questionar as ações dos serviços de saúde (FRANCHI et al., 2012). Uma conselheira também acredita que este é o caminho:

*“...pessoal tem que ter conhecimento sobre o que eles estão fazendo, não adianta participar de uma representatividade e não conhecer as potencialidades em que tu pode atuar, e sim entender de um modo errado e querer uma outra coisa que não é função do Conselho. Acredito que é muito importante, mas as pessoas precisam ser conscientizadas do que é, antes de participarem.” (E01)*

Porém, Correia (2005) afirma que apenas a capacitação não é suficiente para superar a realidade de alienação, descompromisso e manipulação, já que outros determinantes bem maiores também intervêm nessa realidade. Mas, para a autora, a capacitação,

[...] poderá proporcionar ao conselheiro, dependendo da maneira como for conduzida, um maior acesso às informações diversas e o desenvolvimento de um senso crítico sobre a

realidade social, política e econômica em que está inserido, legitimando uma agenda política que reafirme a efetivação do SUS e de seus princípios (CORREIA, 2005, p.16).

Além do mais, outra fragilidade que pode ser encontrada é a falta de conhecimento técnico-científico dos conselheiros. Autores observam o deslocamento da centralidade do poder legítimo do representante dos trabalhadores que estão inseridos no processo de políticas públicas locais e conhecem as necessidades daquela população, por estarem mais próximos do território o que poderia lhe conceder poder de transformação, para os conselheiros que detém maior conhecimento técnico-científico (KEZH; BOGUS; MARTINS, 2016).

Com o propósito de suprir esta lacuna, é fundamental capacitar os conselheiros, sendo que os mesmos precisam ser fortalecidos de forma a municiar seus representantes do conhecimento e da assessoria técnica e jurídica necessárias (JURBERG; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2014). Entretanto, Silva (2013) entende que a capacitação de conselheiros não tem o objetivo de conferir-lhes plena habilitação para lidar com a complexa regulação jurídica que informa a elaboração dos planos de saúde e seus efeitos, mas tem a finalidade de prepará-los, dentro de um limite mínimo de aprendizado, para, quando for necessário, dialogar com os técnicos de modo a auxiliá-los e alertá-los quanto à incidência das normas jurídicas e contábeis em determinada avaliação de plano de saúde (SILVA, 2013).

Em consonância, uma conselheira considera fundamental a assessoria contábil e jurídica para a compreensão de determinados objetos de deliberação que envolvem várias áreas técnicas, conforme a fala a seguir:

*“...uma das coisas que esse conselho quis fazer e estava tendo recurso para fazer era ter um profissional que ajudasse a fazer esse acompanhamento financeiro, um contabilista, um assessor jurídico [...] que por exemplo analisar um orçamento, imagina analisar um orçamento, analisar um plano de saúde já é algo complicado porque normalmente são documentos extensíssimos com 20, 30 áreas técnicas que ninguém tem o domínio completo.”*  
(E02)

No que se refere a realização de capacitações, passaram-se 30 anos desde a criação do SUS e a capacitação continua sendo um dos gargalos

para a efetiva participação e, por conseguinte, o controle social (JURBERG; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2014).

No município de Criciúma, a Lei Ordinária Nº 6541/2014 em seu Art. 26, define que a Mesa Diretora do Conselho, com o apoio da Secretaria Municipal Saúde, deverá promover Curso de Capacitação para os Conselheiros, titulares e suplentes, com carga horária de no mínimo 20 (vinte) horas, onde deverá ser fornecido material didático e certificado. A execução da capacitação normalmente acontece com palestrantes vinculados à Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC, localizada no município em questão:

*“...as duas últimas capacitações que a gente fez, a gente fez com a UNESC, a UNESC fez a capacitação e o conselho com o seu recurso através do convênio pagou as duas capacitações para a universidade para que todos conselheiros pudessem ser capacitados...” (E04)*

Além do mais, o Regimento Interno do CMS de Criciúma diz que a partir do momento em que atingir um terço de Conselheiros Titulares sem o curso de capacitação, um novo curso deve ser promovido para os conselheiros que não apresentarem comprovante de capacitação de Conselheiros. Contudo, fundamentado num relato, a Mesa Diretora nunca necessitou providenciar mais do que uma capacitação num mesmo biênio:

*“...nunca aconteceu de ter uma segunda capacitação, mas a lei diz que teria que ter.” (E11)*

O curso de capacitação deve abordar os seguintes temas: 1. noções da Legislação Federal e Municipal sobre a Saúde; 2. noções sobre procedimentos relacionados com a ação de Saúde; 3. noções sobre a ética do Conselheiro e dos Profissionais de Saúde; 4. Lei do Conselho Municipal de Saúde de Criciúma, Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde e Regimento dos Conselhos Locais de Saúde (CRICIÚMA, 2014).

*“...foi todo um trabalho voltado ao qual era o papel do conselheiro, o que a gente podia estar fazendo, quais eram os meios que a gente poderia estar utilizando para ajudar o conselho de saúde e a gente fez essa capacitação e depois a gente só foi aprimorando...” (E05)*

Este estudo identificou, com base nas entrevistas, que com exceção dos conselheiros que encontram-se no primeiro mandato neste CMS, os demais membros deveras participaram das capacitações em outros mandatos. Em oposição, Zambon e Ogata (2013), constataram que a maioria dos conselheiros não participou de processos de capacitações específicas, que poderiam minimizar as dificuldades no exercício cotidiano de suas funções.

Ainda, alicerçado na Lei 6451 de 2014, o curso de capacitação deve ser realizado nos primeiros 180 dias do início do mandato dos membros do Conselho. No biênio atual, os membros foram nomeados e iniciaram o mandato em agosto de 2017 (Diário Oficial nº 1805, 14/08/2017), e até fevereiro de 2018 a capacitação não tinha data prevista para acontecer, em razão da falta de recurso financeiro, que acabou obstaculizando, inclusive, a negociação do curso de formação:

*“...em função do prefeito não passar recursos e não pagar nada, e simplesmente ignorar a legislação, tudo... nós não temos como capacitar porque nós precisamos local, nós precisamos de palestrante, nós precisamos das pessoas...”* (E04)

Na mesma ocasião, um entrevistado reafirma a importância do repasse financeiro para viabilizar a participação dos conselheiros em cursos de capacitação, educação continuada e também conferências:

*“...esse convênio é para isso, pra gente participar dessas conferências, participar desses cursos de capacitação.”* (E09)

Enquanto isso os conselheiros esperam ansiosos e repletos de expectativas para este momento de formação:

*“...a gente já está vendo para uma formação, um curso de capacitação e eu vou ser uma das primeiras a estar lá...”* (E06)

Zambon e Ogata (2013) expõe que os conselheiros que participaram de capacitação específica apontam para o ganho de conhecimento através de troca de experiência com outras realidades. Corroborando com essa percepção, os conselheiros deste CMS avaliaram positivamente os cursos e temas abordados, enfatizando seu caráter altamente enriquecedor:



*“...foi muito bom, acredito que todos os assuntos que a gente abordou no dia foram suficientes para a gente iniciar a gestão, até por causa disso eu consegui ter um discernimento melhor do que eu ia fazer ali no conselho...” (E05)*

*“Ajuda porque tem conselheiro que chega ali sem saber nada, sem nem saber qual é o papel do Conselho, sem nunca ter estudado nada, sem nunca ter lido... (...) e aí se não tiver esse mínimo de embasamento mais atrapalha do que ajuda.” (E11)*

Ademais, a condução e dinâmica de apresentação dos conteúdos promoveu uma participação ativa dos conselheiros no processo de aprendizado e na troca de experiências:

*“...era tipo mais roda de conversa para falar da atuação do conselho mesmo, era bem positivo porque falava de uma forma prática... começava ali falando da legislação e depois de uma maneira bem prática da atuação deles, com apresentação de slide, tinha apostila e tudo, foi bem bacana assim.” (E12)*

Tal como realizado neste CMS, Carvalho (2004) acredita que a implementação de práticas e processos que tenham como meta o "empowerment comunitário" requer abordagens educativas que valorizem a criação de espaços públicos, tais como rodas de conversa, grupos de discussão, grupos de gestores ou colegiados, dentre outros, que visam incentivar os indivíduos e comunidade a transformarem a realidade, buscando soluções para os problemas detectados a partir de uma análise crítica.

Outro ponto positivo destacado é que o CMS oportuniza aos seus membros a participação em conferências de diversas áreas, desde que os mesmos disponham de tempo e interesse. A fala a seguir contempla algumas das conferências que os conselheiros podem fazer parte:

*“...conferência de saúde municipal, conferência de saúde estadual, nacional, conferência da mulher, conferência do idoso, da criança, conferência de saúde do trabalhador, então todas as conferências a gente tenta estar presente...” (E04)*

Todavia, vale reforçar a importância do repasse financeiro do convênio, afinal, por mais capacitados e engajados que estejam os conselheiros, a ausência de verbas e as dificuldades de não dispor de

infraestrutura adequada para os encontros, material de escritório e de comunicação, ou funcionário responsável pela execução da secretaria podem acabar desestimulando e até inviabilizando as atividades dos conselheiros (GAEDTKE; GRISOTTI, 2011).

É de fundamental importância que os gestores públicos incluam nos seus projetos políticos do governo práticas de empowerment destinadas aos canais de participação social, a fim de garantir sua execução e aprimoramento de forma contínua e promovendo, de fato, os conselhos de saúde ao nível de cogestores do SUS.

## 5 Decisão

O fato do Conselho de Saúde ter caráter deliberativo é uma característica específica que distingue o sistema de participação brasileiro da maioria das experiências internacionais (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006). Os conselhos deliberativos asseguram aos seus membros a participação de forma direta no processo de tomada de decisão, com capacidade de produzir decisões relacionadas a políticas públicas e programas, enquanto conselhos consultivos caracterizam-se apenas como espaços de discussão, sem o poder de constituir decisões finais sobre as temáticas no campo da saúde.

Diante do exposto, aqui foi possível constatar o teor das resoluções do CMS e a percepção dos entrevistados a respeito dos debates e decisões do conselho que, segundo eles, foram capazes de influenciar efetivamente a produção das políticas públicas.

Inicialmente, alguns conselheiros pontuaram como conquista recente do conselho, a aprovação de doze novos leitos de UTI do Sistema Único de Saúde (SUS) no Hospital São José de Criciúma (Ata 481/2017). O Hospital contava com 18 leitos disponíveis pelo SUS e, com os outros 12, haverá um aumento de aproximadamente 65% de disponibilidade na instituição:

*“...uma conquista assim que eu vou olhar pra frente e eu vou dizer para os meus filhos, para os meus netos que a gente conseguiu... deliberamos 12 leitos da UTI do hospital São José (...) então foi uma das maiores conquistas...” (E06)*

Contudo, o que alguns consideram como vitória oriunda do conselho, foi apenas a aprovação da demanda que veio da gestão, e outros integrantes reconhecem:

*“...eu acho que a mais bacana que a gente aprovou, mas que não foi nenhuma luta, nem nada, foi aprovar os leitos de UTI...” (E05)*

*“...então já tinha toda uma discussão, já tinha feito as reuniões da rede de urgência/emergência, já tinha passado em CIR, enfim, tudo que precisava para ser encaminhado ao Ministério a gente já tinha feito, precisava só essa resolução do Conselho para a gente fazer o encaminhamento.” (E12)*

Estes resultados, embora representem a concepção de uma minoria dos integrantes do CMC, se encontram em consonância com outros estudos nacionais realizados com conselheiros, que apontaram o predomínio do caráter apenas consultivo dessas instâncias, em detrimento de seu papel decisório, enfatizando que, em algumas situações, os canais de participação operam somente na legitimação de decisões previamente definidas pelo executivo (MONTEIRO; FLEURY, 2006; ESCOREL; MOREIRA, 2009).

O grande fator que vem limitando o avanço da democracia deliberativa é a assimetria de poder entre o Estado e sociedade. Isso impede que os conselhos possam ser de fato cogestores das políticas públicas, participando não apenas de forma consultiva e no controle social. Talvez o gestor de saúde não compreenda ou não reconheça de fato que o papel do conselho vai além do controle social (MONTEIRO; FLEURY, 2006).

As relações de poder no interior deste fórum colegiado foram também percebidas. A concentração do poder por parte da gestão gerou efeitos no processo decisório, mais precisamente no funcionamento do conselho, estrutura física, recursos humanos e recursos materiais, dificultando a atuação do conselho.

Um tema que emergiu do campo com uma intensidade avassaladora foi a questão do repasse financeiro que não está ocorrendo como disposto na lei. Questionada sobre a situação financeira atual, a entrevistada fala:

*“O conselho está vivendo alguns problemas em relação à questão de autonomia financeira, que isso veio de uma lei que foi elaborada em 2014, então de ter um repasse para o conselho, no momento está sem esse repasse, mas algumas questões já estão sendo resolvidas via Ministério Público.” (E8)*

Outro entrevistado também fala sobre o transtorno financeiro que o conselho está vivendo nos últimos tempos e evoca a legislação federal, que ampara esta questão:

*“Nós temos recurso apesar de que o prefeito não quer pagar e nós vamos ter que judicializar mas nós temos tudo isso para que a gente possa então fazer o nosso papel de conselheiro, porque nenhum recebe salário são todos voluntários, então precisa ter para fazer as suas ações aquilo que preconiza a Constituição federal, a lei 8142, a resolução 453 do Conselho Nacional de Saúde que é ter toda a estrutura e autonomia para que o conselho atue.”* (E04)

Além de possibilitar ao conselho ter sua secretaria executiva, os recursos financeiros, possibilitam que o conselho mantenha sua estrutura administrativa e logística. Contudo, quando os valores não são repassados, a realidade encontrada é outra:

*“A gente está tendo muito problema com questão financeira no conselho: a prefeitura não está dando suporte para pagar a conta de estagiário, não está dando suporte para pagar o aluguel da sala, a conta de luz, telefone...”* (E05)

E esta falta de dinheiro está afetando a dinâmica de funcionamento e a rotina dos encontros:

*“... com isso veio as multas, várias coisas que deveriam estar sendo pagas já estão com multa, com atraso, e o conselho não está conseguindo manter as atividades e suspendeu as reuniões.”* (E01)

Outro conselheiro também relata a intercorrência e alega que a culpa é do prefeito do município:

*“...nós estamos sendo perseguidos literalmente pelo prefeito e nós não conseguimos trabalhar porque não é de interesse do prefeito que o conselho exerça o seu papel fiscalizador...”* (E04)

*“...conselho legítima muitas ações da prefeitura, então este é o interesse do gestor, o interesse do gestor em relação ao conselho...”* (E04)

Uma pesquisa indicou que os conselhos municipais, além de não influenciarem efetivamente a elaboração de políticas sociais, conforme esperado, foram em sua maioria cooptados e aparelhados pela gestão, o que podemos chamar de ‘prefeiturização’. Trata-se de um controle que legitima ações e medidas questionáveis tanto do ponto de vista técnico e administrativo quanto do de sua natureza ética e política, pois pode transformar tais espaços em verdadeiros instrumentos para encobrir fraudes do sistema político ou privilegiar as classes dominantes (LYRA, 2007).

No entanto, apesar da afronta da gestão municipal ao processo democrático, existe aqui o reconhecimento por parte dos conselheiros da importância de sua atuação no exercício de controle social da gestão do SUS:

*“Eu espero que eu possa ajudar o conselho a fazer o que ele está tentando fazer, se libertar das amarras que tem da administração, que realmente se torne um conselho autônomo que possa fazer suas coisas sem precisar estar atrelado a administração municipal...”* (E10)

*“...tomara que isso ganhe corpo, ganhe importância e que as pessoas passem a participar mais para poder influenciar mais nas coisas do Estado, nas coisas da administração pública.”* (E02)

Nesta conjuntura de resistência da sociedade civil, vários conselheiros recordaram importantes lutas e conquistas alcançadas graças a influência exercida pelo CMS, dentre elas: o caso do Isev, da insulino terapia, do convênio previsto na Lei nº 6541/2014 e outros que serão abordados na sequência.

No caso do Instituto de Saúde e Educação Vida (Isev), responsável por administrar o Hospital Materno Infantil Santa Catarina (HMISC), o CMS a partir do seu trabalho de investigação, constatou irregularidades e descumprimento contratual e como resultado o Isev teve seu contrato rescindido:

*“Eu acho que o que vai ficar marcado por muito tempo foi a questão do ISEV, da administração do hospital Santa Catarina, que foi através de uma ação movida pelo conselho de saúde que eles conseguiram retirar o ISEV do Santa Catarina, (...) foi graças ao conselho.”* (E11)

A investigação do conselho começou a partir do recebimento de denúncias que acusavam o descaso da instituição:

*“Surgiu por causa das denúncias, por causa das pessoas que procuraram o conselho para denunciar que estava sendo mal atendido, que estava faltando médico, estava faltando enfermeiro, remédio na unidade...”* (E09)

A partir disso, o CMS deu encaminhamento às denúncias, visto que cabe ao conselho repassar as denúncias aos órgãos competentes mediante necessidade (BRASIL, 2002).

*“...foi movida uma ação, o conselho pediu alguma coisa para o Ministério Público e eles disseram que estava tudo certo no Santa Catarina, não precisava fazer nada, e aí o conselho investigou, por si só, conseguiu reunir todas as provas e aí levou o processo pronto para o Ministério Público e eles conseguiram tirar aquela instituição que administrava...”* (E11)

Assim, é preciso que os conselheiros tenham convicção das suas responsabilidades no cenário social e político para que possam saber dirimir conflitos, e realizar controle e fiscalização, atendendo às necessidades precípuas da sociedade a fim de colaborarem para o fortalecimento do SUS (ROCHA et al., 2013).

A respeito da insulino terapia, foi constatada a participação ativa do CMS, inclusive com uma caminhada em protesto à desatenção do governo, surtindo efeito na regularização do fornecimento de medicamentos e fitas de controle glicêmico.

*“...está sendo feito uma representação pela assessoria do Conselho para pedir a responsabilidade civil e criminal em virtude de negarem o repasse das insulinas aos diabéticos, será feito uma caminhada no dia 25 de junho com saída do parque das nações como forma de protesto.”* (Ata 449/2016)

*“...na época quando a gente começou essa discussão dos diabéticos não eram fornecidas as fitas de controle glicêmico... Nós conseguimos naquele período que o Município de Criciúma fornecesse, hoje já é obrigatório...”* (E04)

Outro tema constante nas reuniões foi a mortalidade infantil e o CMS mostrou-se muito atuante, buscando também apoio do ministério público para fortalecer e ajudar no combate à mortalidade infantil (Atas 437, 445):

*“...a gente tem participações do Conselho na questão da mortalidade infantil também muito forte em trabalhar junto com o Ministério Público algumas questões e trabalhar junto com a gestão, estratégias para diminuir a questão da mortalidade infantil...”* (E08)

Ademais, participantes da pesquisa elencaram outros pontos, não menos importantes, abordados na instituição:

*“...as questões de medicamentos, as questões de resolutividade das unidades de saúde em relação a demora nas consultas, enfim tudo aquilo que a gente vê que a gente conseguiu lutar e melhorar...”* (E04)

Dessa maneira, observa-se o esforço do conselho, ainda que amparado pelo Ministério Público, em melhorar o acesso e qualidade da assistência prestada, resultando em melhorias dos indicadores de saúde no município. A Resolução nº 333 apresenta mecanismos para que o Conselho se coloque enquanto uma instância deliberativa na relação com o Executivo, sugerindo inclusive ações junto ao Ministério Público quando os prefeitos não homologam as resoluções (BRASIL, 2003).

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG também tem recorrido ao Ministério Público, porém foi com a intenção de avançar as discussões que envolvem as questões regimentais desse fórum. Por outro lado, as autoras revelam a falta de maturidade política do conselho para encarar o desafio de construir regras para a participação, ou seja, de se autorregular (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

Neste quesito, o CMS de Criciúma reflete progresso, posto que atuou e continua atuando vigorosamente na elaboração e manutenção do convênio, instituiu as normas para a participação nos conselhos locais em saúde e implementou a ouvidoria do CMS.

De acordo com os relatos dos conselheiros, na gestão anterior que compreende o biênio 2015-2017, foi também conquistado, através do convênio com a prefeitura previsto na Lei nº 6541/2014, uma estrutura física para o funcionamento do conselho adequada às exigências de funcionamento do mesmo:

*“Na gestão passada o conselho conquistou um espaço muito grande onde ele conseguiu uma visibilidade bem grande, conseguiu uma sala, conseguiu materiais bem importantes para estar fazendo mesmo essas investigações, essas visitas e tá trabalhando antes da reunião, conseguir fazer todo o trabalho que o conselho precisa fazer e não só na reunião para estar expondo...” (E01)*

O apoio administrativo e a infraestrutura física dos conselhos não apenas dizem respeito às suas condições de funcionamento, mas também são indicadores do apoio político do gestor do SUS ao controle social e à gestão participativa. A falta de dotação orçamentária poderá restringir a autonomia do conselho, principalmente no tocante à participação em eventos regionais, estaduais e nacionais (VAN STRALEN et al, 2006). E para além disso, ficou evidente que a falta de recursos próprios do conselho pode comprometer a imparcialidade das decisões, pois ao invés dos conselheiros se aliarem ao governo na busca de melhorias, eles sentem-se subordinados e intimidados pela prefeitura, recordando, em alguns casos, as práticas extensamente utilizadas no período autoritário e a supremacia de setores sociais historicamente hegemônicos:

*“Só o fato do conselho ter saído da prefeitura e ter criado a sua própria sede já é uma grande vitória porque aí nós temos a nossa própria assessoria jurídica, nós temos a nossa própria assessoria contábil, ou seja, uma independência da prefeitura...” (E07)*

*“...antes querendo ou não, com o vínculo, o conselho funcionava dentro da Prefeitura e por mais que tivesse um presidente que não tem ligação com a prefeitura sempre tem aquele medo ou receio de “ah, se eu não aprovar isso, o conselho depende do prefeito para muitas coisas...” e com esse convênio acredito que quebrou esse laço, consegui andar sozinho...” (E11)*

Não obstante, esta realidade que favorecia o pleno funcionamento do conselho e a operacionalização dos trabalhos das comissões integrantes, ficou comprometida pois os repasses não estão ocorrendo como disposto na lei, afetando a organização e funcionamento do órgão colegiado. Mesmo diante deste quadro desolador de regressão e dificuldades os conselheiros não se deixaram esmorecer e continuam com o espírito de luta:



*“...mas é uma coisa que está prevista até pela justiça federal de que o conselho volte a ter uma sala, por exemplo, e que a prefeitura arque com essa situação, quer dizer, houve uma conversa e a prefeitura se prontificou a fazer isso diante da Justiça Federal só que até o momento foi-se o prazo e ela ainda não realizou, então isso eu acho que é uma conquista... isso eu coloco como uma conquista, essa situação, até mesmo na situação da luta por isso, e ainda temos muitas lutas pela frente.” (E10)*

Outro ponto levantado foi referente à aprovação do Regimento Interno da Comissão de Ouvidoria do Conselho Municipal de Saúde pela Resolução 009/2016 do CMS.

*“...nós criamos a ouvidoria popular em saúde dentro do Conselho Municipal de Saúde para que tivesse acesso das pessoas...” (E04)*

A ouvidoria do CMS, bem como a ouvidoria do SUS apresentam-se como um mecanismo de participação da comunidade e ferramenta de gestão, que devem atuar de forma articulada ao estabelecer parceria de trabalho e de fluxos para que estes transcorram de forma eficiente. De tal forma, o Conselho de Saúde, quando procurado por um cidadão deve orientá-lo a procurar a Ouvidoria do SUS para o devido registro ou poderá encaminhar via documento para que a ouvidoria proceda o registro. Ainda, em situações em que, porventura, sejam formuladas demandas em plenária de Conselho de Saúde, elas deverão ser encaminhadas por documento oficial à Ouvidoria do SUS (BRASIL, 2014).

Na sequência, através da Resolução 010/2016 do CMS de Criciúma/SC, foi aprovado o Regimento Interno que serve como base para Criação, Implantação e Funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) de Criciúma.

*“...nós criamos um Regimento único para todos os conselhos de saúde locais para que melhorasse a questão da participação dos bairros nas decisões das políticas públicas de saúde...” (E04)*

O funcionamento e o desenvolvimento dos CLSs estão diretamente associados ao estabelecimento de elos com outras instâncias, como por exemplo, o CMS. Na ausência dessas conexões, os CLSs se tornam limitados ao exercer seu papel de mediador entre comunidade e gestão municipal (LISBOA et al., 2016).

Neste estudo os conselheiros, na sua grande maioria, reconhecem e apoiam a necessidade de uma maior interação entre CMS e CLS:

*“... trabalhar com os conselhos locais e através dos conselhos locais fazer essa disseminação, acho que é uma forma concreta e eu acho que daria uma boa efetividade...” (E02)*

*“Eu acho que os conselhos locais... é tão importante ou mais importante do que o Conselho Municipal, aqui em Criciúma (...) a gente já conseguiu ativar os 48 conselhos locais de saúde no ano passado... Eu acho que é uma conquista, (...) a partir dali que vem todas as demandas, ouvir realmente o que a população precisa, não vim de cima para baixo mas vim de baixo para cima...” (E11)*

Este apoio do CMS, é um ponto positivo do colegiado, mas infelizmente não é oferecido em todos municípios. No estudo de Lisboa et al. (2016), os membros de CLS no estado do Espírito Santo manifestaram expectativas sobre o auxílio do Conselho Municipal em relação à construção de regimento interno, esclarecimento de dúvidas, mediação junto à gestão e discussão de suas demandas nas reuniões do CMS. O não atendimento de seus anseios desencadeou sentimento de frustração e despreparo, prejudicando o funcionamento dos CLS do Espírito Santo.

Outro estudo recente realizado com os conselhos locais da cidade de Ribeirão Preto noticia que o comportamento dos conselheiros indica uma fraca relação entre os conselhos locais de saúde e o Conselho Municipal, sendo que um dos CLS estudados sequer possui representante no CMS, o que demonstra uma baixa utilização dos espaços de participação social e a manutenção de sua invisibilidade em espaços maiores de atuação (MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017).

A fim de estreitar os laços entre CMS e CLS e ouvir os anseios da população em maior escala, o Conselho Municipal de Criciúma começou a fazer suas reuniões nas sedes dos Conselhos Locais, cada reunião num determinado bairro. O que se pôde observar, durante o acompanhamento de uma reunião do CMS que ocorreu no bairro São Sebastião, foi a participação em massa da comunidade expondo os problemas enfrentados e as sugestões de melhorias.

*“...particpei de algumas reuniões que elas eram direcionadas para alguns bairros e aí informava a liderança comunitária daquele local e a própria população daquela localidade se*

*organizava para participar da reunião, algumas foram até bem... bem aproveitadas assim, muita gente participou, teve uma participação bem efetiva pela população.” (E08)*

*“...uma das coisas que eu vejo que o Conselho Municipal quer é que a Participação Popular seja mais intensa...” (E10)*

Outro tema que emergiu do campo, como possibilidade na perspectiva de novos rumos é estreitar os laços entre universidade e sociedade civil, através do processo de assessoria, consultoria e/ou capacitações, capazes de contribuir com as discussões acerca do processo democrático e da responsabilidade dos diversos atores da sociedade civil.

*“...os conselhos teriam nas universidades um belo apoio se elas se interessassem, em todos os sentidos, de estudar o funcionamento e até mesmo apoio nas diversas áreas, poderiam estar mais disponíveis com esse tipo de assessoria...” (E02)*

Em suma, apesar da tentativa de o governo municipal impedir e embaraçar a atuação plena do conselho, a maioria dos conselheiros reconhecem a magnitude de seu exercício como cidadão e conselheiro de modo que não se deixam ser dominados pelo aparelho do Estado. A resistência dos membros do conselho por vários momentos resultou em conquistas para os serviços de saúde, conquistas estas que devem ser reconhecidas e servir de incentivo para que os atores continuem executando exercícios fecundos no sentido da emancipação cidadã e melhorias das políticas públicas.

Estes achados confirmam os resultados de outro estudo realizado no Conselho Municipal de Saúde de Canindé-CE, que considerou positiva a avaliação, por parte dos conselheiros, do impacto da atuação do colegiado para com a comunidade representada. A maioria dos entrevistados (76%) entende que há resultados práticos das deliberações do Conselho, mesmo sendo baixa a participação do segmento dos usuários, o que demonstra que a baixa participação parece não ser decisiva para a efetividade das ações do Conselho como um todo (DUARTE; MACHADO, 2012).

Contudo, este resultado é contrário aos obtidos em estudos anteriores. O estudo realizado em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul, sugere que os conselhos têm pouco impacto sobre a reestruturação dos serviços de saúde (VAN STRALEN et al., 2006). Outrossim, os conselhos municipais de saúde de Lafayete Coutinho/Bahia e

Groaíras/Ceará, pouco conseguiram influir sobre ações que desencadeassem a melhoria da assistência prestada à população. Embora os CMS constantemente deliberassem e cobrassem ação das SMS, os problemas relativos à assistência persistiam e sempre retornavam ao conselho (BISPO JÚNIOR; SAMPAIO, 2008).

Essa pouca influência nas decisões, segundo Serapioni e Romaní (2006), possivelmente se deve a uma ao problema da representatividade das instâncias colegiadas e a dificuldade dos porta-vozes dos cidadãos de exercerem sua influência nos processos de tomada de decisões dos gestores. Outros fatores também influem nesse processo, tais como a disponibilidade de recursos para a operação dos conselhos, a cultura política de cada município, o nível de instrução da população, as relações do executivo com o legislativo, a ação de lideranças, a origem social dos membros dos próprios conselhos, entre outros (FLEURY et al., 2010)

Logo, o desempenho da participação social no processo de formulação e gestão da política de saúde tem sido afetada em virtude de que a participação social que era esperada como uma decorrência quase natural do processo de descentralização e redemocratização política, passou a ter seu desempenho associado a fatores socioculturais que são fortemente arraigados na nossa história (COELHO, 2007).

*“...acho que é um processo do qual vários aspectos, várias questões fazem parte, como é principalmente, acho que a primeira coisa é que a população tivesse mais oportunidade de educação em geral e que se informar fosse um interesse de todos, mas também e principalmente é que a administração pública brasileira fosse mais transparente, mais democrática e buscasse mais a participação.” (E02)*

A partir do contexto apresentado infere-se que é necessário que os conselheiros estejam bem preparados para o enfrentamento dos desafios, ao passo que os gestores reconheçam e atuem em conjunto com este ambiente que deve ser de discussão, de forma horizontalizada, em busca de melhorias e não de disputa de poder, a fim de possibilitar o fortalecimento da cidadania e ampliar a democracia.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A oportunidade de participação de todos os cidadãos no conselho; a pluralidade da composição; a oportunidade dos atores, inclusive os externos à instituição, iniciarem um debate; e a liberdade de pensamento

foram constatadas na prática do CMS estudado. Todavia, mesmo que os membros do conselho consigam, de igual forma, expor seus pareceres e propostas, nem todas as considerações e sugestões são levadas adiante e apreciadas em seu justo valor, ferindo o princípio da inclusão deliberativa por questões relativas à divergência de interesses, sobremaneira, os interesses pessoais e políticos em detrimento aos interesses coletivos.

Diante deste quadro, o desafio está na conscientização dos conselheiros, em especial ao segmento de usuários, de que eles necessitam ampliar seus conhecimentos políticos, éticos e teóricos. O Conselho deve ser entendido como espaço de consenso, na busca constante de exercer as práticas coletivas, valorizando o cotidiano, em conformidade com as necessidades da população, e não como espaço para oposição à administração ou de reivindicação de interesses individuais.

Entretanto, a respeito dos temas discutidos, além das reuniões mensais despendem parte do tempo tratando de assuntos internos, eles não deixam de lado os debates, anseios e necessidades que emergem da comunidade. Além do mais, o fato de que a definição da pauta e a ocupação da presidência são definidas em plenária, por um grupo misto de indivíduos dos diversos segmentos, torna este fórum colegiado mais democrático. Em adição, outro ponto favorável à efetividade deliberativa é a garantia de rotatividade dos segmentos para a presidência, sendo que os representantes do governo não podem fazer parte do rodízio para ocupar tal cargo, resultando na redução da concentração de poder por parte do Estado. Outrossim, a análise sobre o CMS de Criciúma mostra que ele tem organizado continuamente diversas estratégias visando elevar o grau de empowerment, tais como cursos capacitação de conselheiros previsto em legislação própria, participação em conferências nacionais, estaduais e municipais em variadas áreas, além do estímulo à implantação de ouvidoria e comissões temáticas a fim de aprofundar os conteúdos dos debates. Mesmo assim foram detectadas tênues, porém não insignificantes, assimetrias informacionais e cognitivas entre os atores, visto que interferem na qualidade deliberativa, mais precisamente na igualdade deliberativa, ao conferir aos atores maior ou menor capacidade de argumentação e pressão durante os processos decisórios.

Além disso, usualmente, os membros que estão na primeira gestão e, por isso, ainda não foram capacitados, detêm menos conhecimento a respeito do seu papel como conselheiro quando comparados com os conselheiros mais antigos na instituição. Salientando que, embora as práticas educativas empregadas neste fórum colegiado não são capazes de solucionar tais inconformidades na sua completude, uma vez que estão vinculadas também ao pouco esforço dos atores estatais e às

desigualdades que historicamente assolam nosso país, quando empregadas adequadamente podem minimizar as assimetrias que permeiam a atuação dos conselheiros de saúde e atingir níveis desejáveis de influência desses atores no controle público.

No que concerne ao cenário político atual onde este conselho está inserido, os gestores públicos atuam como se estivessem puxando um dos lados de um cabo de guerra, enquanto no lado oposto encontra-se a sociedade civil que continua resistente na luta por seus direitos e por melhorias no que diz respeito aos assuntos de saúde pública do município. Ademais, o governo municipal e sociedade civil não devem andar em sentidos contrários, mas devem sim andar juntos e em sintonia para solucionar os problemas no âmbito das políticas públicas de saúde e controlar as ações do Estado, tornando mais eficiente a utilização dos recursos públicos de acordo com as necessidades da população.

Pode-se, pois, concluir que mesmo diante dessa realidade os conselheiros apresentaram uma positiva atuação, estreitando o vínculo com a comunidade, incentivando a sua participação e impactando sobre o acesso e qualidade dos serviços de saúde, alavancando resultados práticos e progressos de acordo com as necessidades locais elencadas pela população.

## **REFERÊNCIAS**

ABERS, R. N. Reflections on what makes empowered participatory governance happen. In: FUNG, A.; WRIGHT, E. O. (Ed.). Deepening democracy: institutional innovations in empowered participatory governance. London; New York: Verso, 2003. p. 200-207.

AGUIAR, C. C.; MARTINS, S. Conselhos Municipais de Saúde: Espaço inclusivo de discussão política?. GIGAPP Estudios Working Papers, n. 75, p. 399-416, 2017.

ALMEIDA, A. C. O empoderamento de lideranças indígenas Kaingang no sul do Brasil. Interações (Campo Grande), Campo Grande, v. 16, n. 2, p. 407-419, 2015.

ALMEIDA, C.; CARLOS, E.; SILVA, R. Efetividade da participação nos conselhos municipais de assistência social do Brasil. *Opinião Pública*, Campinas, v. 22, n. 2, p.250-285, 2016.

ALMEIDA, D. C. R; CUNHA, E. S. M. A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e variáveis relevantes. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: IPEA, 2011, p. 109-123.

ALMEIDA, D. R. e CUNHA, E. S. A produção de conhecimento sobre os conselhos de políticas: alguns desafios metodológicos. In: AVRITZER, L.; SILVA, E. M. (Orgs.). *Metodologias e Participação*. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2009, p. 57-83.

AVRITZER, L. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: IPEA, 2011. p. 13-24.

AVRITZER, L. Associativismo e participação na saúde; uma análise da questão na região nordeste do Brasil. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C (Orgs.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 151- 174.

AVRITZER, L. *Democracy and the public space in Latin America*. Princeton: Princeton University Press, 2002.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições, 1977, p. 225.

BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-16, Jan. 2013.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SAMPAIO, J. J. C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 23, n.6, p. 403-409, 2008.

BRASIL. Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Manual das Ouvidorias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, Á. L. P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Textocontexto - enferm.*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-449, 2015.

CARPINI, M. X. D.; COOK, F. L.; JACOBS, L. R. Public deliberation, discursive participation, and citizen engagement: A review of the empirical literature. *Annu. Rev. Polit. Sci.*, v. 7, p. 315-344, 2004.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 92-111.



CARVALHO, I. O fetiche do “Empoderamento”: do conceito ideológico ao projeto econômico-político. In: MONTAÑO, C. (Org.). O canto da sereia: crítica à ideologia e aos projetos do “terceiro setor”. São Paulo: Cortez, 2014. p. 144-186.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CARVALHO, S. R. Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. Salud colectiva, Lanús, v. 4, n. 3, p. 335-347, 2008.

COELHO, V. S. P. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. Novos estud. - CEBRAP, São Paulo, n. 78, p. 77-92, 2007.

COELHO, V. S. P. Uma metodologia para a análise comparativa de processos participativos: pluralidade, deliberação, redes e políticas de saúde. In: PIRES R. R. C. (Org.). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA, 2011. p. 279-95.

COHEN, J. Deliberation and democratic legitimacy. In: BOHMAN, J.; REHG, W. (Ed.). Deliberative democracy: essays on reason and politics. Cambridge: MIT, 1997. p. 67-91.

COHEN, J. Procedure and substance in deliberative democracy. In: DANS, M. J. B.; REHG, W. (Dir. publ.). Deliberative democracy. Cambridge: MIT Press, 1997.

CORREIA, M.V.C. Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009, p. 102-128.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. p. 237-271.

COTTA, R. M. M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1138, 2011.

CRICIÚMA. Lei nº 6541, de 16 de dezembro de 2014. Disciplina as atribuições do conselho municipal de saúde do município de Criciúma, e dá outras providências. Criciúma-SC, 2014.

CRUZ, P. J. S. C. et al. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saúde e sociedade*, v. 21, n. 4, p. 1087-1100, 2012.

CUNHA, E. S. M. A capacidade de deliberação dos Conselhos Municipais de Assistência Social e de Direitos da Criança e do Adolescente de Belo Horizonte. *Pensar BH/Política Social*, n. 24, p. 29-32, 2009.

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. 1 ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, p. 135-161, 2007.

CUNHA, E. S. M. et al. Uma estratégia multidimensional de avaliação dos conselhos de políticas: dinâmica deliberativa, desenho institucional e fatores exógenos. In: PIRES, R. R. C. (Org.). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, 2011, p. 297-321.

DAGNINO, E; TATAGIBA, L. (Org.). Democracia, sociedade civil e participação. 1. ed. Chapecó: Argos, 2007. 590 p.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. F. A. S. O exercício do controle social no âmbito do conselho municipal de saúde de Canindé, CE. Saude soc., São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 126-137, 2012.

SCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009, p. 229-47.

FLEURY, S. et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica, v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010.

FONSECA, I. F. Relações de poder e especificidades do contexto em fóruns participativos. In: PIRES, R. R. C. (Org.). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA, 2011, 159-169.

FRANCHI, E. P. L. P. et al. Participação social nos Conselhos de Unidades de Saúde. Cogitare Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 690-696, 2012.

GAEDTKE, K. M.; GRISOTTI, M. Os Conselhos Municipais de Saúde: uma revisão da literatura sobre seus limites e potencialidades. Política&Sociedade, v. 10, n. 19, p. 115, 2011.

GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. Revista Brasileira de Bioética, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 122-132, 2005.

GASPARDO, M.; FERREIRA, M. Inovação institucional e democracia participativa: mapeamento legislativo da Emenda do Programa de Metas. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 129-146, 2017.

GONÇALVES, A. O.; GONÇALVES, R. S.; TAVARES, A. L. O olhar dos conselheiros de saúde sobre os relatórios de prestação de contas no município de Natal (Rio Grande do Norte), Brasil. Saude Soc., São Paulo, v.20, n.3, p.659-672, 2011.

GUEDES, C. V. V. Limites e potencialidades da participação popular nos conselhos de saúde. 2010. 40 p. Monografia [Especialização]. Programa de Formação de Conselheiros Nacionais, Universidade Federal de Minas Gerais, Tangará da Serra, 2010.

JURBERG, C.; OLIVEIRA, E. M.; OLIVEIRA, E. S. G. Capacitação para quê? O que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4513-4523, 2014.

KEZH, N. H. P, BOGUS, C.M., MARTINS, C.L. Entraves à participação social dos representantes dos trabalhadores no conselho municipal de saúde. Saude Soc., São Paulo, v. 25, n. 4, p. 950-963, 2016.

LABRA, M.E. Conselho de Saúde: Visões “macro” e “micro”. Civitas - Revista de Ciências Sociais, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 199-221, 2006.

LANDERDHAL, M. C. et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático?. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, 2010.

LAVALLE, A. G. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. In: PIRES, R. R. C. (Org.). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA, 2011. p. 33-42.

LIMA, P. P. F., et al. Conselhos Nacionais: elementos constitutivos para sua institucionalização. Textos para Discussão, nº 1951, Brasília-Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

LISBOA, E. A. et al. Conselhos Locais de Saúde: caminhos e (des) caminhos da participação social. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 679-698, 2016.

LOPES, B. J.; SILVA, E. A.; MARTINS, S. Conselho Municipal de Saúde sob a ótica de seus conselheiros: estudo realizado em uma capital brasileira. Interações (Campo Grande), Campo Grande, v. 17, n. 2, p. 163-172, 2016.

LYRA, Rubens P. Democracia representativa x democracia participativa: a representação do estado e da sociedade civil nos conselhos de políticas públicas. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA, 2, Florianópolis, 25-27 abr. 2007. Anais... Florianópolis: Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

MACEDO, L. C. Participação e controle social na área de saúde: uma revisão bibliográfica. 2005. 118 p. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria método e criatividade. 17 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIWA, M. J.; SERAPIONI, M.; VENTURA, C. A. A. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. Saude soc., São Paulo, v. 26, n. 2, p. 411-423, 2017.

MONTEIRO M. G., FLEURY S. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 219-233, 2006

MORAES, I. H. S. et al. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 879-888, 2009.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, 2009.

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

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, 2010.

OLIVEIRA, V. C. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o exercício do Controle Social. Brasília: Editora do Ministério da Saúde: 2006. p. 29-43.

PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods*. 2. ed. Newbury Park: Sage, 1990.

PEREIRA NETO, A. F. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde: uma contribuição para o debate. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 441-462, 2012.

PIRES, R. et al. Em busca de uma síntese: ambições comuns e abordagens diversificadas na avaliação da efetividade das instituições participativas. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: IPEA, 2011, p. 347-364.

ROCHA, E. N. et al. O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 104-111, 2013.

SANTOS, S. F.; VARGAS, A. M. D; LUCAS, S. D. Conselheiros usuários do conselho municipal de saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 483-495, 2011

SERAPIONI, M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4829-4839, 2014.

SERAPIONI, M.; MATOS, A. R. Citizen participation and discontent in three Southern European health systems. *Social Science & Medicine*, v. 123, p. 226-233, 2014.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *CadSaude Publica*, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, 2006.

SHIMIZU, H. E. et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2275-2284, 2013.

SILVA, O. J. B. A regulação do planejamento público e o conselho municipal de saúde. *Cad. IberAmer. Direito. Sanit.*, Brasília, v. 2, n. 2, p. 595-608, 2013.

SOUTO, K. M. B. et al. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 49-62, 2016.

TEIXEIRA, A. C.; DAGNINO, E.; SILVA, C. C. A. La constitución de la sociedad civil en Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedad civil, esfera pública y democratización em América Latina: Brasil. México/Campinas, SP, Fondo de Cultura Económica/Unicamp*, 2002.

TEIXEIRA, J. P. Os donos da cidade. Florianópolis: Insular, 1996 (Coleção Teses, v.3).

VAN STRALEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.

VAZ, A. C. N. Da participação à qualidade da deliberação em fóruns públicos: o itinerário da literatura sobre conselhos no Brasil. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: IPEA, 2011, p. 91-107.

YIN, R. K. Estudo de Caso-: Planejamento e Métodos. Bookman editora, 2015.



YOUNG, I. M. Activist challenges to deliberative democracy. In: FISHKIN, J. S.; LASLETT, P. (Ed.). Debating deliberative democracy. United Kingdom: Blackwell, 2003. p. 102-120.

ZAMBON, V. D.; OGATA, M. N. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. 6, p. 921-927, 2013.



## 4 CONCLUSÃO

As informações analisadas indicam que a participação no Conselho Municipal de Saúde no Município de Criciúma, apesar de configurar muitos avanços, ainda enfrenta desafios para se fortalecer e se efetivar enquanto espaço de negociação, deliberações e controle social.

Dentre as lacunas identificadas, as principais são a falta de cultura participativa por parte dos cidadãos em fazer parte desses espaços e exercer sua cidadania; o conflito de interesses no interior do conselho, sobretudo interesses individuais e políticos, que perpassam os debates, as negociações e a tomada de decisões no interior do conselho estudado; e a falta de incentivo e apoio do grupo político que constitui o governo em ampliar e aprofundar a participação.

Embora, à primeira vista, tal resultado de contrastes possa suscitar certo pessimismo acerca da viabilidade da gestão participativa plena no âmbito do conselho de saúde, é importante frisar que tal conclusão seria precipitada. Afinal, os resultados deste estudo mostram que mesmo diante dessa realidade os conselheiros apresentaram uma positiva atuação, estreitando o vínculo com a comunidade, incentivando a sua participação e impactando sobre o acesso e qualidade dos serviços de saúde, alavancando resultados práticos e progressos de acordo com as necessidades locais elencadas pela população. Existem desigualdades entre os membros que afetam o processo decisório, mas, aparentemente, elas não impedem o exercício deliberativo, além de que tais desigualdades são amenizadas pelos cursos de capacitação promovidos pelo conselho. Outrossim, as normas para ocupação da presidência e definição das pautas, bem como a forma em que são colocados em prática os princípios deliberativos, com exceção da inclusão deliberativa, elevam este conselho ao grau de democratização mais próximo ao desejado.

Nesse sentido, é preciso que haja ressonância entre o governo e a sociedade civil, para que a participação se torne efetiva. É necessário que a sociedade se aproxime da luta por seus direitos, visto que todo e qualquer cidadão pode exercer o controle social, permanecendo articulada e unida nas batalhas voltadas ao fortalecimento das políticas públicas de saúde e que os conselheiros estejam bem preparados para o enfrentamento dos desafios, ao passo que os gestores reconheçam e atuem em conjunto com este espaço que deve ser de discussão, de forma horizontalizada, em busca de melhorias e não de disputa de poder, a fim de possibilitar o fortalecimento da cidadania e ampliar a democracia.

E, é nesse cenário que surge o papel fundamental da educação na formação do cidadão, bem como de práticas que valorizem o

empoderamento, através da informação e conscientização. O empoderamento da sociedade civil é a base para conscientização da comunidade quanto à sua participação em assuntos comunitários, políticos e na gestão em saúde, o que pode contribuir para a criação de cidadãos capazes de vivenciar a democracia na sua plenitude, atingindo assim melhorias para o coletivo. Ainda, deve ser incorporado à democracia deliberativa uma função educativa, primordialmente, em educação política, ética e teórica a fim de qualificar a tomada de decisões por meio de um diálogo público inclusivo e consciente.

Assim, espera-se que o estudo suscitado nessa dissertação possa contribuir para uma reflexão sobre a importância do controle social exercido através dos conselhos de saúde. É preciso estar ciente que o assunto é fecundo e essas reflexões não devem se esgotar com esse trabalho. Ao contrário, é preciso que a articulação e o diálogo se ampliem, pois podem contribuir para a efetivação da participação social no SUS, na esfera dos conselhos de saúde.

## 5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. C. R; CUNHA, E. S. M. A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e variáveis relevantes. In: PIRES, R. R. C. (Org.). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA, 2011, 109-123.

ARANTES, C. I. S.; MESQUITA, C. C.; MACHADO, M. L. T.; OGATA, M. N. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-478, jul./set. 2007.

AVRITZER, L. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: PIRES, R. R. C. (Org.). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA, 2011.

AVRITZER, L. *Democracy and the public space in Latin America*. Princeton: Princeton University Press, 2002.

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

BAQUERO, M. Democracia formal, cultura política informal e capital social no Brasil. *Opin. Pública*, Campinas, v. 14, n. 2, p. 380-413, 2008.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições, 1977, p. 225.

BASILE, S. O valor da democracia representativa na história recente do Brasil. In: BASILE, S. *Elementos de jornalismo econômico*. Brasil: Elsevier, 2011.

BATAGELLO, R.; BENEVIDES, L.; PORTILLO, J. A. C. Conselhos de saúde: controle social e moralidade. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 625-634, Set. 2011.

BATISTA, A. A.; MUNIZ, J. N.; NETO, J. A. F.; COTTA, R. M. M. A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 784-793, Dec. 2010.

BELOLLI, M.; QUADROS, J.; GUIDI, A. História do Carvão de Santa Catarina. Imprensa Oficial do Estado de Santa Catarina, 2002.

BLEDA GARCÍA J. M.; FERNÁNDEZ CARRETERO, A. S. G.; SÁNCHEZ PÉREZ, T. Um nuevo modelo de participación ciudadana en salud em el área sanitaria de Puertollano (Castilla-La Mancha). *Revista Comunidad PACAP*, v. 11, p. 8-11, 2009.

BLEDA GARCÍA, J. M.; AGUILAR GIL, M. Participación ciudadana em el área de salud de Puertollano (Ciudad Real – Espanha): sueños e realidades. *O público e o privado*, n. 27, p. 99-118, Janeiro/Junho 2016.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe Sobre as Condições Para a Promoção, Proteção E Recuperação Da Saúde, a Organização EO Funcionamento Dos Serviços Correspondentes E Dá Outras Providências. Brasília-DF, Brasil, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União Brasília, DF*, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da Atenção Básica em

Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. A Odontologia e a estratégia saúde da família. Tubarão: Unisul, 2006, p. 115-139.

CARPINI, M. X. D.; COOK, F. L.; JACOBS, L. R. Public deliberation, discursive participation, and citizen engagement: A review of the empirical literature. *Annu. Rev. Polit. Sci.*, v. 7, p. 315-344, 2004.

CARVALHO, A. L. B.; SOUZA, M. F.; SHIMIZU, H. E.; SENRA, I. M. V. B.; OLIVEIRA, K. C. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: EdUel; Rio de Janeiro: Abrasco. p.27-59, 2001.

COHEN, J. Procedure and substance in deliberative democracy. In: DANS, M. J. B.; REHG, W. (Dir. publ.). *Deliberative democracy*. Cambridge: MIT Press, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 29–46.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 29-48.

CORTES, S. V. As diferentes instituições participativas existentes nos municípios brasileiros. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: IPEA, 2011.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, 2010.

CRICIÚMA. Lei nº 6541, de 16 de dezembro de 2014. Disciplina as atribuições do conselho municipal de saúde do município de Criciúma, e dá outras providências. Criciúma-SC, 2014.

CRUZ, P. M. Repensar a democracia. *Revista da Faculdade de Direito da UFG*, v. 33, n. 1, p. 115-128, 2010.

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. 1 ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, p. 135-161, 2007.

DA ROS, M. A. Um drama estratégico: o movimento sanitário e sua expressão em um município de SC. 1991. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1991.

DAGNINO, E; TATAGIBA, L. (Org.). Democracia, sociedade civil e participação. 1. ed. Chapecó: Argos, 2007. 590 p.

DE OLIVEIRA, F. S. Controle social no sistema único de saúde-SUS: aspectos constitucionais e legais dos Conselhos de Saúde. *Prima Facie-Direito, História e Política*, v. 6, n. 11, p. 76-90, 2007.

DRYZEK, J. S. *Deliberative democracy and beyond: liberals, critics, contestations*. Great Britain: Oxford University, 2000.

ESPAÑA. Ley 16/2003, de 28 de mayo, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, Boletín Oficial del Estado nº128 de 29/05/2003. Espanha, 2003.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: conceitos básicos para a prática nas Instituições. In: FELISBERTO E.; FIGUEIRÓ, A. C.;

FRIAS P. G. (Orgs). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2010, p.1-13.

FONSECA, A. F. F.; MACHADO, F. R. S.; BORNSTEIN, V. J.; PINHEIRO, R. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. *Texto Contexto Enferm*, v. 21, n. 3, p. 519-27, 2012.

FORTUNATO, E. M. Capital do carvão: identidade em conflito. 2008. Monografia (Especialização)- Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. Criciúma, 2008.

FUNG, A.; WRIGHT, E. O. (Ed.). Deepening democracy: institutional innovation in empowered participatory governance. London: Verso, 2003.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, 2014.

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

GOHN, M. G. Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica. Coleção Questões da Nossa Época, v 84. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.

GOMES, M.A.S.M.; HARTZ, Z.M.A. Avaliação e Gestão Municipal de Saúde. Revista Saúde em Foco, Rio de Janeiro, n. 21, p. 7-19, 2001.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. R. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G;

SOUZA, E. R. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 185-221.

GOODIN, R. E. Innovating democracy: democratic theory and practice after the deliberative turn. Oxford: Oxford University, 2008.

GOODIN, R. E. Reflective democracy. Oxford University Press: Oxford & New York, 2003.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989.

GUTMANN, A.; THOMPSON, D. Why deliberative democracy? Princeton, New Jersey: Princeton University, 2004.

HABERMAS, J. Direito e democracia: entre facticidade e validade. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler, 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. 2 v.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA. Censo demográfico 2010. IBGE, 2010.

LABRA, M.E.; FIGUEIREDO, J. S. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LANDERDHAL, M. C.; UNFER, B.; BRAUN, K.; SKUPIEN, J. A. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático?. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, Aug. 2010.

LAVALLE, A. G. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. In: PIRES, R. R. C. (Org.). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA, 2011. p. 33-42.

LEMOS, C. L. S. et al. Perfil e visão dos conselheiros municipais de saúde sobre sua atuação. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*, Brasília, v. 7, n. 3, p. 1126-1139, 2016.

LIRA, G. V.; NOGUEIRA, D. L. Teoria e Método para um Modelo de Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 4-10, 2016.

LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-30, 2011.

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

LÜCHMANN, L. H. H. Modelos contemporâneos de democracia e o papel das associações. *Revista de Sociologia e Política*, v. 20, n. 43, p. 59, 2012.

LÜCHMANN, L. H. H. Possibilidades e limites da democracia deliberativa: a experiência do orçamento participativo de Porto Alegre. 2002. Tese (Doutorado)– Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, 2002.

MACHADO, J. A.; LUCAS, S. D. Análise das resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte no período de 1991 a 2010. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2401-2411, Aug. 2013.

MARCONDES, N. A. V.; BRISOLA, E. M. A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. *Revista Univap*, v. 20, n. 35, p. 201-208, 2014.

MARQUES, L. R. Democracia radical e democracia participativa: contribuições teóricas à análise da democracia na educação. *Educação e Sociedade*, v. 29, n. 102, p. 55-78, 2008.

MARTINS, C. S. et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 437-445, Set. 2013.

MATOS, A. R.; SERAPIONI, M. O desafio da participação cidadã nos sistemas de saúde do Sul da Europa: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, e00066716, 2017.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria método e criatividade. 17 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 117-142.

MORAIS, C. L. Perfil dos conselheiros de saúde do Município de Solânea-PB. 2012. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde)- Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.

MOREIRA, M. R. Democratização da política de saúde: avanços, limites e possibilidades dos conselhos municipais de saúde. 2009. 155f. Tese

(Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, June 2009.

MORGAN, B. S. et al. Conselhos de saúde: perfil dos usuários e das entidades por eles representadas. *REME rev. min. enferm*, v. 14, n. 3, p. 417-423, 2010.

NASPOLINI FILHO, A. Perfil do Município. Disponível em: <[http://www.criciúma.sc.gov.br/site/turismo/p/sobre\\_a\\_historia](http://www.criciúma.sc.gov.br/site/turismo/p/sobre_a_historia)>. Acesso em: 24 Jul 2017.

OLIVEIRA, A. A participação popular nos conselhos populares de saúde no município de Criciúma-SC. 2001. Dissertação [mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

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

PABON, L. *Evaluación de Servicios de Salud*. 2. ed. Cali: XYZ, 1985.

PATEMAN, C. Participatory democracy Revisited. *Perspectives Politics*, v. 10, n. 1, p. 7-19, 2012.

PIRES, R. et al. Em busca de uma síntese: ambições comuns e abordagens diversificadas na avaliação da efetividade das instituições participativas.

In: PIRES, R. R. C. (Org.). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: IPEA, 2011, p. 347-364.

PIRES, R. R. C (Org.). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Ipea, 2011.

PRZEWORSKI, A.; STOKES, S. C.; MANIN, B. Democracy, Accountability and Representation. Cambridge University Press, 1999.

RAMOS, M. F. et al. Conselhos setoriais: perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão. Saude soc., São Paulo, v. 21, supl. 3, p. 61-70, Dec. 2012.

SALIBA, N. A. et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, Dec. 2009.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 3, p. 765-774, 2012.

SANTOS, B. S. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, B. S. Reinventar a Democracia. Gradiva, Lisbon, 1998.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 39-82.

SANTOS, N. R. Implantação e funcionamento dos conselhos de saúde no Brasil. In: CARVALHO, M. C. A. A.; TEIXEIRA, A. C. C. (org.) Conselhos Gestores de Políticas Públicas. São Paulo: Polis, 2000.

SERAPIONI, M. A participação pública no sistema de saúde português: a experiência dos Conselhos de comunidade. O público e o privado, n. 27, p. 137-152, 2016.

SERAPIONI, M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4829-4839, Dec. 2014a.

SERAPIONI, M. Saúde, participação e abordagens deliberativas. Potencialidades e limites dos júris de cidadãos. In: Forum Sociológico. Série II. CESNOVA, p. 95-103, 2014b.

SERAPIONI, M.; DUXBURY, N. Citizens' participation in the Italian health-care system: the experience of the Mixed Advisory Committees. Health Expectations, v. 17, n. 4, p. 488-499, 2014.

SERAPIONI, M.; MATOS, A. R. Citizen participation and discontent in three Southern European health systems. Social Science & Medicine, v. 123, p. 226-233, 2014.

SERAPIONI, M.; MATOS, A. R. Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. Rev. Port. Sau. Pub., Lisboa, v. 31, n. 1, p. 11-22, jan. 2013.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. CadSaude Publica, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, 2006.



SERAPIONI, M.; SESMA, D. A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul: Portugal, Itália e Espanha. Resultados preliminares de um estudo comparativo. *Sociologia Online*, n. 2, p. 599-629, 2011.

SILVA, I. G. PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: a trajetória dos conselhos de saúde do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista Políticas Públicas*, v. 8, n. 2, p. 75-92, 2015.

SILVA, R. Desenho institucional e promoção da justiça em espaços participativos: implicações em um estudo de caso. *Opin. Publica*, Campinas, v. 20, n. 2, p. 252-272, 2014.

SILVEIRA FILHO, A. D. Processo de trabalho das equipes multiprofissionais sob a lógica da Estratégia de Saúde da Família: O uso das ferramentas de Saúde da Família na construção do cuidado em saúde. In: MOYSES, S. T.; KRIGER, L.; MOYSES, S. J. *Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2004. 83p.

TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, n. 25, p. 209-213, Nov. 2005.

TEIXEIRA, A. C.; DAGNINO, E.; SILVA, C. C. A. La constitución de la sociedad civil en Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedad civil, esfera pública y democratización em América Latina: Brasil*. México/Campinas, SP, Fondo de Cultura Económica/Unicamp, 2002.

TEIXEIRA, J. P. Os donos da cidade. Florianópolis: Insular, 1996 (Coleção Teses, v.3).

TEIXEIRA, S. M. F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-480, 2009.

THEIS, I. M.; BUTZKE, L.; RISCHBIETER, I. L. K.; LINDER, M. C.; VARGAS, D. B. O cavalo de Tróia e sua barriga verde: planejamento regional e desigualdades socio espaciais em Santa Catarina. *Revista Paranaense de Desenvolvimento-RPD*, n. 120, p. 39-56, 2012.

TRITTER, J. Q.; MCCALLUM, A. The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. *Health policy*, v. 76, n. 2, p. 156-168, 2006.

URBINATI, N. O que torna a representação democrática? *Lua Nova*, São Paulo, n. 67, p. 191-228, 2006.

VAZ, A. C. N. Da participação à qualidade da deliberação em fóruns públicos: o itinerário da literatura sobre conselhos no Brasil. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: IPEA, 2011, p. 91-107.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PINELL, P. The genesis of collective health in Brazil. *Sociology of health & illness*, v. 36, n. 3, p. 432-446, 2014.

VOLPATO, Terezinha Gascho. *A piritá humana: os mineiros de Criciúma*. Florianópolis: Ed. da UFSC/Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, 1984.

WENDHAUSEN, Á. L. P.; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. *Saude soc.*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 131-144, Dec. 2006.

## 6 APÊNDICES

### 6.1 Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **“Avaliação da efetividade da participação social no conselho municipal de saúde de Criciúma/SC”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Douglas Francisco Kovaleski e Francieli Regina Bortoli. A pesquisa está pautada nas Resolução 466/12 de acordo com o CNS (Conselho Nacional de Saúde). Nesta pesquisa, nós estamos buscando avaliar a efetividade da participação social no conselho municipal de saúde de Criciúma/SC. A pesquisa terá papel fundamental de compreender o processo de construção da cidadania, contribuir para o fortalecimento da democracia e para a melhoria das políticas públicas. Trata-se de uma pesquisa estabelecida na abordagem qualitativa, a qual exige enquanto coleta de dados a entrevista junto aos participantes do estudo, utilizando um gravador para registro das informações. Os riscos desta pesquisa são mínimos, pois a entrevista exigirá apenas a emissão de opiniões e percepções sobre uma temática específica, entretanto é importante colocar que pode haver algum desconforto quanto ao conteúdo revelado, invasão de privacidade, assim como, uso do tempo do participante ao responder a entrevista. Para minimizar esses possíveis desconfortos a entrevista será confidencial, sendo realizada em ambiente favorável em que a privacidade da pessoa entrevistada seja respeitada, com a presença apenas do entrevistado e do entrevistador, além disso, essa condição será minimizada devido ao rígido treinamento que a pesquisadora recebeu junto ao coordenador da pesquisa e por meio do curso sobre técnicas de entrevista, realizado na UFSC pela entrevistadora. A qualquer momento da realização desse estudo, os participantes poderão se recusar a participar ou retirar seu consentimento da pesquisa em qualquer fase da mesma, sem nenhum tipo de penalidade, constrangimento ou prejuízo. O anonimato da pessoa entrevistada será garantido, não sendo revelado o seu nome nos resultados da pesquisa. Em qualquer momento da entrevista será permitida a sua interrupção, caso a pessoa entrevistada assim desejar. Durante a realização da entrevista, a pessoa entrevistada não é obrigada a falar daquilo que ela não desejar falar. O tempo de duração da entrevista será de acordo com a própria disposição de fala da participante, contudo estima-se que seja no mínimo meia hora e no máximo 1 hora e meia. Após a transcrição das gravações

para a pesquisa as mesmas serão desgravadas. Da mesma maneira, a sua participação na presente pesquisa não acarretará em despesas para você, assim como não haverá o pagamento de nenhum valor financeiro em troca da sua participação, que é voluntária.

Caso tenha alguma dúvida em relação a esta pesquisa ou não quiser mais participar da mesma, pode entrar em contato pelo telefone: (48) 99644-1309.

---

Francieli Regina Bortoli

E-mail: fran\_bortoli@yahoo.com.br /Telefone: (48) 99644-1309

---

Douglas Francisco Kovaleski

E-mail: douglas.kovaleski@gmail.com

Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública,  
Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Trindade –  
Florianópolis.

---

Nome completo do participante:

Documento de identificação:

Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH  
Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara)  
Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400.  
E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br  
Telefone para contato: (48) 3721-6094

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu....., fui esclarecido(a) sobre a pesquisa: “Avaliação da efetividade da participação social no conselho municipal de saúde de Criciúma/SC”, e, declaro que após ter sido informado(a) sobre os motivos, objetivos e procedimentos da pesquisa supracitada, e tendo sido garantido o anonimato das minhas declarações, bem como o direito de eu não participar ou de me retirar da pesquisa em qualquer fase do seu desenvolvimento, sem que isto traga algum prejuízo para mim, que não terei nenhuma despesa financeira devido a minha participação, e que poderei pedir novos esclarecimentos em qualquer tempo na realização da pesquisa, concordo, espontaneamente, em participar desta pesquisa.

Criciúma/SC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

## 6.2 Termo de Autorização para Gravação de Voz

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, \_\_\_\_\_, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “Avaliação da efetividade da participação social no conselho municipal de saúde de Criciúma/SC” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, os pesquisadores Francieli Regina Bortoli e Douglas Francisco Kovaleski a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: artigos e apresentações em revistas científicas, congressos e jornais;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por cinco anos, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador da pesquisa, Douglas Francisco Kovaleski, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Criciúma/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável