



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

SORAIA PINTO TAMBERI RODRIGUES MACIEL

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ: Um estudo da participação dos
representantes dos usuários na gestão 2014-2016**

Cuiabá - MT
2016

SORAIA PINTO TAMBERI RODRIGUES MACIEL

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ: Um estudo da participação dos
representantes dos usuários na gestão 2014-2016**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Mato Grosso como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação, Linha de Pesquisa Movimentos Sociais, Política e Educação Popular.

Orientadora: Prof(a). Dr(a). Rose Cléia Ramos da Silva

Cuiabá - MT

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

M152c Maciel, Soraia Pinto Tamberli Rodrigues.
Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá: Um estudo da participação dos
representantes dos usuários na gestão 2014-2016 / Soraia Pinto Tamberli Rodrigues
Maciel. -- 2016
139 f. ; 30 cm.

Orientadora: Rose Cléia Ramos da Silva.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de
Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Cuiabá, 2016.
Inclui bibliografia.

1. Conselho de Saúde. 2. Controle Social. 3. Participação. 4. Políticas Públicas. I.
Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
Avenida Fernando Corrêa da Costa, 2367 - Boa Esperança - Cep: 78060900 - CUIABÁ/MT
Tel : 3615-8431/3615-8429 - Email : secppge@ufmt.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

TÍTULO: "Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá: Um estudo da participação dos representantes dos usuários na gestão 2014-2016"

AUTORA: Mestranda Soraia Pinto Tamberi Rodrigues Maciel

Dissertação defendida e aprovada em 21 de março de 2016.

Composição da Banca Examinadora:

Presidente Banca / Orientadora	Doutora	Rose Cléia Ramos da Silva
Instituição:	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO	
Examinadora Interna	Doutora	Ivone Maria Ferreira da Silva
Instituição:	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO	
Examinadora Externa	Doutora	Márcia Cristina Machado Pasuch
Instituição:	UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO/UNEMAT	
Examinadora Suplente	Doutora	Suely Dulce de Castilho
Instituição:	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO	

CUIABÁ, 21/03/2016.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade da vida.

Agradeço a minha mãe: mulher guerreira, meu exemplo.

Agradeço ao querido companheiro de jornada, Djalma, pelo carinho constante.

Agradeço a minhas filhas e neta do coração, Gabriela, Janaína e Alayne, pois a vida passou a ser mais bela a partir da presença delas.

Agradeço à Secretária Executiva do Conselho de Saúde de Cuiabá, Janaína, sua equipe e a todos os conselheiros que se propuseram a participar desta pesquisa.

Agradeço aos queridos professores, que compartilharam comigo os seus conhecimentos.

Agradeço à colega Nina Rosa e às Professoras Ivone Ferreira e Marcia Pasuch, pelas contribuições.

E agradeço, em especial, à minha orientadora Prof(a). Dr(a). Rose Cléia Ramos da Silva, que sempre esteve ao meu lado nesta trajetória.

“Somos criadores de nós mesmos, da nossa vida, do nosso destino e nós queremos saber isto hoje, nas condições de hoje, da vida de hoje e não de uma vida qualquer e de um homem qualquer.”

(Antônio Gramsci)

RESUMO

A presente dissertação toma como objeto de estudo o Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá - MT, gestão 2014-2016, e buscou identificar as competências institucionais do Conselho e analisar em qual medida a participação dos conselheiros do segmento dos usuários influencia no processo de formulação, controle social e execução da política de saúde para o município. O problema da pesquisa se circunscreve sobre a participação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, a atuação dos conselheiros, a interferência na qualidade das políticas públicas de saúde, as relações que se estabelecem entre os segmentos dos usuários e o Poder Executivo. Apresenta-se a hipótese de que: o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, no que tange ao processo de democratização das relações do Estado com a sociedade civil, tem sido historicamente engessado por meio de práticas que revelam hegemonia do poder executivo em relação ao segmento dos usuários. A prática dos conselheiros, o jogo de manipulação do Poder Executivo e a falta de capacitação apontada por eles não viabiliza uma participação efetiva. O estudo, pautado nas formulações teóricas do materialismo histórico dialético, permitiu uma compreensão crítica das relações políticas, econômicas, sociais e culturais, desvelando as contradições, identificando as aparências e como estas escondem a essência da realidade dentro deste espaço, onde se observa o jogo de forças que se estabelece, sobretudo entre o segmento dos usuários e o Poder Executivo. Os procedimentos metodológicos deste trabalho foram norteados pela abordagem qualitativa; quanto à natureza é um estudo descritivo. E, quanto aos procedimentos, trata-se de um estudo de caso, onde investigamos o Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, com foco nos conselheiros representantes dos usuários. Os resultados evidenciam alguns esforços, muitas dificuldades e limitações no exercício da participação. Os usuários se revelam tímidos, pouco questionam as propostas e deliberações encaminhadas e, por isso, ainda não ocuparam seu devido lugar neste espaço; percebe-se a necessidade de empoderamento dos conselheiros representantes dos usuários, para que as demandas dos segmentos populares sejam atendidas nas suas reais necessidades, em relação às políticas de saúde pública.

Palavras chave: Conselho de Saúde. Controle Social. Participação. Políticas Públicas.

ABSTRACT

The present dissertation has as study object the Municipal Health Council of Cuiabá - MT, management 2014-2016, and it looked to identify the institutional competences of the Council and to analyze in which measured the participation of the counselors of the segment of the users influence in the process of formulation, social control and execution of the health politics for the municipality. The problem of the research is circumscribed on the participation of the users in the Municipal Health Council of Cuiabá, the acting of the counselors, the interference in the quality of the public health policies, the relations established between the segments of the users and the Executive Power. It presents the hypothesis that: the functioning of the Municipal Health Council, as regards the process of democratization of the relations of the State with the civil society, has historically been cast through practices that reveal hegemony of the executive power in relation to the users segment. The practice of the counselors, the handling play of the Executive Power and the lack of capacitating appointed by them does not achieve an effective participation. The study, based on theoretical formulations of the dialectical historical materialism, allowed a critical understanding of the political, economical, social and cultural relations, revealing the contradictions, identifying the appearances and how they hide the essence of the reality inside this space, where there is observed the play of force that is established, especially between the segment of the users and the Executive Power. The methodological procedures of this work were orientated by the qualitative approach; as the nature it is a descriptive study. And, as for the proceedings, it is a case study, where we investigate the Municipal Health Council of Cuiabá, with focus in the representative counselors of the users. The results show up some efforts, many difficulties and limitations in the exercise of the participation. The users are revealed shy, little bit question the proposals and directed deliberations and, therefore, they still did not occupy his proper place in this space; it perceived the need for empowerment of the representative counselors of the users, so that the demands of the popular segments are attended in his real necessities, regarding the policies of public health.

Keywords: Health Council. Social control. Participation. Public policies.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Percentual de conselheiros de saúde, segundo gênero, Cuiabá, 2015	86
Gráfico 02 - Percentual de conselheiros de saúde, segundo escolaridade, Cuiabá, 2015	87
Gráfico 03 - Percentual de conselheiros de saúde, segundo renda, Cuiabá, 2015	89
Gráfico 04 - Percentual de conselheiros de saúde, segundo atividade principal, Cuiabá, 2015	90
Gráfico 05 - Percentual de conselheiros de saúde, segundo número de mandatos, Cuiabá, 2015	91
Gráfico 06 - Percentual de conselheiros de saúde, segundo atuação em outros conselhos, Cuiabá, 2015	92
Gráfico 07 - Participação dos conselheiros de saúde, na elaboração e discussão da Câmara Municipal dos Projetos de Lei do PPA, LDO e LOA, Cuiabá, 2015	96
Gráfico 08 - Subordinação do Conselho no entendimento dos conselheiros, Cuiabá, 2015	97
Gráfico 09 - Aumento do interesse dos conselheiros de saúde pelo controle social das políticas públicas após participação no conselho, Cuiabá, 2015	99
Gráfico 10 - Participação dos representantes por segmento nas intervenções feitas nas reuniões, segundo entendimento dos conselheiros de saúde, Cuiabá, 2015	100
Gráfico 11 - Participação do conselho em ações de planejamento do município, por segmento, segundo informação dos conselheiros de saúde, Cuiabá, 2015 ..	101
Gráfico 12 - Irregularidades identificadas na utilização dos recursos públicos pelos conselheiros de saúde, Cuiabá, 2015	102
Gráfico 13 - Participação dos conselheiros de saúde em atividades de formação nos últimos doze meses, Cuiabá, 2015	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Modalidades de participação e suas características	37
Quadro 02 - Normas Operacionais da Saúde de 1991-2002 instituídas pelo Ministério da Saúde	46
Quadro 03 - Condições essenciais para o funcionamento do Conselho de Saúde	77
Quadro 04 - Composição do CMS/Cuiabá, 1ª Gestão: 1991-1992	82
Quadro 05 - Composição do CMS/Cuiabá, 3ª Gestão: 1993-1995	82
Quadro 06 - Composição do CMS/Cuiabá, Gestão Biênio 2014-2016	84
Quadro 07 - Caracterização dos representantes titulares do segmento dos usuários no CMS/Cuiabá, Biênio 2014-2015	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, 2015	92
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACC	Associação de Amigos da Criança com Câncer.
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ADDDTD	Associação de Defesa dos Direitos, Trabalho e Desenvolvimento das Mulheres nos bairros e Municípios de MT
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMDE	Associação Matogrossense de Deficientes
AMPI	Associação Matogrossense Pró-Idosos.
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APAMAT	Associação dos Aposentados de Mato Grosso
APEC	Associação dos Profissionais de Enfermagem
CAPS	Centros de Apoio Psicossocial
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CGR	Colegiados Gestão Regional
CIBs	Comissões Intergestores Bipartites
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapeuta Ocupacional
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CRF	Conselho Regional de Farmácia
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CUT	Central Única de Trabalhadores
ERS	Escritório Regional de Saúde
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
FUNDEF	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério

FUSC	Fundação de Saúde de Cuiabá
GPS/MOPS	Grupo Popular de Saúde/ Movimento Popular de Saúde
HPSMC	Hospital Pronto Socorro Municipal de Cuiabá
HUJM	Hospital Universitário Julio Muller
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPDU	Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano
IPEMUC	Instituto Previdenciário do Município de Cuiabá
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LIBLES	Associação de Direitos Humanos e Sexualidade Liberdade Lésbica
LOA	Lei Orçamentária Anual
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MNMMR	Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
NOAS	Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OSs	Organizações Sociais
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organização Social de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPS	Partido Popular Socialista
PR	Partido da República
PRN	Partido da Reconstrução Nacional
PSDB	Partido Social Democrático Brasileiro
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
RJU	Regime Jurídico Único

SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIACS	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SINDMED	Sindicato dos Médicos
SINDSAS	Sindicato dos Assistentes Sociais
SINTRACE	Sindicato dos Trabalhadores de Combate a Endemias no Estado de Mato Grosso
SIOPS	Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISPUMC	Sindicato dos Servidores Públicos do Município de Cuiabá
SMBS	Secretaria Municipal de Bem Estar Social
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
UCAM	União Coxipoense de Bairros
UCAMB	União Cuiabana de Moradores de Bairros
UNATE	União Nacional de Técnicos de Enfermagem

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS DO ESTUDO TEÓRICO-EMPÍRICO	18
1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DE DEMOCRACIA, CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO	23
1.1 O QUE É DEMOCRACIA ?	23
1.2 CONTROLE SOCIAL: EXERCÍCIO DE CIDADANIA	28
1.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL: COMO CONSTRUIR UMA PARTICIPAÇÃO ATIVA EM FAVOR DOS SEGMENTOS POPULARES	33
2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE A PARTIR DOS ANOS 1990: IMPACTOS DA DESCENTRALIZAÇÃO NA GESTÃO E SUAS IMPLICAÇÕES	43
2.1 ANOS 1990: PERDA DE DIREITOS SOCIAIS E O DESMONTE DA SAÚDE	43
2.1.1 A Política Neoliberal no governo de FHC	47
2.1.2 A Política de Saúde no Governo de Lula a Dilma	50
2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE EM MATO GROSSO	53
2.3 O PERCURSO DA SAÚDE EM CUIABÁ	61
3 CONSELHOS ENQUANTO ESPAÇO DE LUTA	67
3.1 CONSELHOS: BREVE HISTÓRICO	67
3.2 CONSELHOS GESTORES: NOVO DESENHO INSTITUCIONAL ARTICULANDO A ESFERA PÚBLICA COM O ESTADO	70
3.3 CONSELHOS DE SAÚDE	73
3.3.1 Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá	78
3.4 CONHECENDO E ANALISANDO O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ: ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO E STATUS PERANTE OS SEUS USUÁRIOS	85
3.4.1 Caracterização dos conselheiros de saúde de Cuiabá	86
3.4.2 Organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde	92
3.4.3 Atuação e desempenho do conselheiro	94
3.4.3.1 Percepção do conselheiro quanto à importância da capacitação	104
3.4.3.2 Atribuições na função de conselheiro	106
3.4.3.3 O Conselho Municipal de Saúde como um espaço para a participação do usuário	107
3.4.3.4 Assuntos tratados com maior relevância pelo Conselho	110
3.4.3.5 Dificuldades encontradas no contexto da participação no Conselho de Saúde de Cuiabá	112

CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERENCIAS	121
APÊNDICES	129
APÊNDICE A - Roteiro da entrevista	129
APÊNDICE B – Questionário	130
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido	133
ANEXOS	135
ANEXO 1 - Lei de Criação do Conselho	135
ANEXO 2 - Parecer Plataforma Brasil	138

INTRODUÇÃO

Início esta dissertação com uma indagação que fiz a mim mesma quando estava elaborando o projeto para pleitear a vaga ao Mestrado: por que falar em participação? Por que é importante que a sociedade civil participe dos processos de construção das políticas de saúde? A minha trajetória na área da saúde vem desde 1988, no auge das discussões em nível nacional; conferências acontecendo pelo Brasil todo, culminando com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, momento no qual a sociedade civil, movimentos sociais e intelectuais se posicionaram reivindicando melhorias para a coletividade na área da saúde; não dava mais para aguentar o descaso público, a falta de atendimento, o sucateamento das unidades de saúde; buscou-se então inserir ideias, estratégias para a mudança, veio o tão desejado SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde, que posteriormente viria a se denominar SUS – Sistema Único de Saúde.

Vencemos essa batalha e, por um período, a população foi assistida, tiveram os atendimentos humanizados, fizeram suas consultas e seus exames em unidades novas, novos modelos de atenção, com o PSF – Programa de Saúde da Família, com médicos que fariam a diferença, atenderiam a população adstrita com mais qualidade e presença efetiva, desde as crianças até os idosos; a família toda poderia usufruir dos serviços de saúde.

Mas o tempo foi mostrando que havia outros interesses, e o SUS foi sendo substituído por serviços complementares, por Organização Social de Saúde¹ (OSS). Os serviços são gerenciados através de contrato de gestão, incluem Hospitais, Ambulatórios Médicos de Especialidade, Centros de Reabilitação, Centros Estaduais de Análises Clínicas, Serviços de Diagnóstico por Imagem, Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde e, até mesmo, Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde em alguns Estados.

Os gestores estavam transferindo uma responsabilidade da saúde para o setor privado, ausentando-se da responsabilidade das proposituras das políticas públicas com relação à saúde, desencadeando falta de atendimento e o sucateamento das unidades de saúde.

Diante desse descaso, cabe problematizarmos a atual política de saúde pública e as suas contradições. Em relação à população, a falta que esta apresenta de organização e mobilização para lutar pela qualidade dos serviços ofertados, é preciso questionar: Será que o tempo nos acomodou? Depois de tanta luta, os avanços desde a 8ª Conferência de Saúde, a

¹ As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua lei orgânica - Lei nº 8.080/1990.

Constituição Cidadã de 1988, parece que estávamos retroagindo 26 anos, vivenciando um “Déjà vu”; mas, e os órgãos fiscalizadores, onde estava o Conselho de Saúde, que permitiu que tudo isso acontecesse. Por ter feito parte do conselho, eu recorro do processo, pois acompanhei desde as conferências, as deliberações, e lembro que mais da metade das propostas deliberadas não havia sido concretizada.

À luz das formulações de Nogueira (2011), para se conseguir avanços no que tange às relações do Estado com a Sociedade Civil, faz-se premente a hegemonia das classes populares para a defesa de seus direitos. Nesse prisma, Nogueira (2011, p. 251) destaca que

Hegemonia, portanto, é uma ideia que propõe uma articulação de novo tipo entre domínio (governo) e direção (consenso) ou, se se preferir, entre monopólio da força e capacidade de fixar horizontes de sentido. Só pode ser consistentemente dominante – isto é, dominar com propósitos reformadores substantivos e de longo prazo – o ator que se mostrar capaz de dirigir ética e culturalmente, de produzir lealdades e adesões, de deslocar a seu favor orientações políticas e morais, de acumular forças. [...] Não há luta pela hegemonia – nem luta política propriamente dita – sem batalha de ideias: sem diálogo, assimilação de valores, embate cultural (NOGUEIRA, 2011, p. 251).

Não há como ignorar que o espaço dos conselhos pode ser aproveitado para que se administre a participação, impedindo-a de se radicalizar ou de produzir efeitos incômodos; conforme aponta Nogueira (2011), na participação gerencial as pessoas participam sem se intrometer significativamente nas questões gerenciais, podendo permanecer subalternas às deliberações técnicas e políticas.

Observo que a participação dentro dos conselhos tem sido gerencial; este tipo de participação é característico da década de 1990, sob influência da Administração Pública Gerencial. Nogueira (2011) chama a atenção para o fato de que os espaços participativos, na participação gerencial, podem estar sujeitos a uma “participação tutelada”, impedida.

Todavia o exercício da democracia nos conselhos só poderá se efetivar quando a participação acontecer com intervenção direta no processo deliberativo, em que questões sociais importantes estiverem sendo pensadas e decididas, em nível de políticas públicas, para o atendimento dos interesses e necessidades da população. A cultura da participação no Brasil só poderá se efetivar com a participação consciente e responsável do indivíduo na sociedade, zelando para que seus direitos, os direitos da população não sejam violados.

Nesse sentido, o objeto de estudo que tomo aqui, acolhido nas políticas públicas de saúde, pressupõe a participação dos usuários nos processos decisórios do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá. E, a partir dos resultados, pretendo mostrar a relevância desses dados, do

quanto ainda temos que investir na capacitação desses conselheiros, que representam a voz e a vez da população. Mas é preciso ressaltar que a capacitação não garante um processo autônomo de tomada de decisões; em muitos casos, as capacitações podem estar direcionadas apenas para as questões técnicas e, nesse sentido, os conselhos possuem um potencial de democratização que é essencialmente político.

Nas décadas de 1970 e 1980, as mobilizações sociais foram fundamentais para a ampliação da participação social, no processo de decisão e implementação das políticas sociais.

A Constituição Federal de 1988, na tentativa de consolidar o regime democrático de direito no Brasil, permitiu a institucionalização de uma nova forma de representação de demanda, interesse e atores no conjunto das políticas sociais existentes: os conselhos.

A crise do governo federal durante os anos de 1990, decorrente, dentre outros, do enfraquecimento da capacidade das entidades governamentais de intervirem na economia, da perda da credibilidade do poder público em formular e implementar políticas públicas, e do sucateamento das empresas estatais, fortaleceu o ideário de uma reforma administrativa que contemplasse a participação social na execução de determinadas ações sociais, como nos processos de formulação, decisão, implementação e controle das políticas sociais, independente da abordagem política dos modelos de gestão.

Os conselhos, de acordo com os princípios da democracia representativa e participativa representam em caráter complementar à ação do Estado, a participação social no controle e no processo das decisões das políticas sociais que visam à garantia efetiva dos direitos, constitucionalmente assegurados face aos riscos e vulnerabilidades decorrentes dos enfrentamentos gerados em torno de questões sociais.

A garantia dos direitos sociais nas áreas da saúde, educação, previdência social, assistência social e trabalho permitiu a consolidação dos conselhos como forma de efetivar a presença de atores sociais, tanto na formulação, gestão, implementação e controle das políticas sociais.

A pesquisa teve como objetivo geral, além de identificar as competências institucionais do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, analisar em qual medida a participação dos usuários influencia na efetivação do controle social.

E como objetivos específicos:

- descrever as atribuições institucionais do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá;
- analisar a relevância da participação social institucionalizada pelo Conselho Municipal de Saúde no ciclo das políticas públicas de saúde em Cuiabá;

- identificar a percepção dos conselheiros acerca do nível da sua participação na implementação e controle das políticas de saúde; e
- identificar o perfil dos conselheiros no que tange a formação/qualificação para atuação no conselho de saúde.

Nossa questão principal foi: Como se revela a participação dos usuários no Conselho de Saúde de Cuiabá e em que medida a atuação do Conselho interfere na qualidade das políticas públicas de saúde?

A hipótese provisória a essa questão é a seguinte:

O funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, no que tange ao processo de democratização das relações do Estado com a sociedade civil, tem sido historicamente engessado, por meio de práticas que revelam a hegemonia do Poder Executivo, em relação ao segmento dos usuários.

O estudo foi pautado nas formulações teóricas do materialismo histórico dialético. Autores, como Gramsci (2004), Kosik (1976), Meszaros (2005) e Wood (2011), permitem-nos compreender as relações políticas, econômicas, sociais e culturais desvelando as contradições, identificando as aparências e como estas escondem a essência da realidade.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS DO ESTUDO TEÓRICO-EMPÍRICO

Os procedimentos metodológicos deste trabalho foram norteados pela abordagem qualitativa, que se apresenta como uma possibilidade de aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo (MINAYO, 2007).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes; esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2007).

Para Minayo (2007), o processo de trabalho da pesquisa qualitativa pode ser dividido em três etapas: a fase exploratória – que consiste na produção do projeto de pesquisa e os procedimentos necessários para preparar a entrada no campo; o trabalho de campo – que leva para a prática empírica a construção teórica elaborada na primeira etapa, sendo que nessa fase utiliza-se de instrumentos de observação, entrevistas ou outras modalidades de comunicação e interlocução com os pesquisados, além do levantamento de material documental e outros;

análise e tratamento do material empírico e documental, que constitui-se em valorizar, compreender e interpretar os dados empíricos e articulá-los com a teoria.

A análise qualitativa não é uma mera classificação de opinião dos informantes, é a descoberta de seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações (MINAYO, 2007).

Quanto à natureza é um estudo descritivo, sendo o foco essencial conhecer a comunidade. Esse estudo exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar. Os estudos descritivos não ficaram apenas na coleta, ordenação e classificação de dados, foi possível estabelecer-se relações entre as variáveis pesquisadas (TRIVINOS, 1987).

E quanto aos procedimentos trata-se de um estudo de caso, onde investigamos o Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, com foco nos conselheiros representantes dos usuários. Segundo Yin (2001), o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real - tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores. “Estudo de caso sempre envolve uma instância em ação” (ANDRÉ, 2005, p. 15).

O espaço de pesquisa foi o Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá que é um órgão colegiado e está localizado dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. A população do estudo foram os conselheiros, representantes dos usuários, trabalhadores e gestores/prestadores de serviço. Os entrevistados se caracterizaram como informantes chave do estudo, sendo que foram entrevistados 20 (vinte) conselheiros de saúde de Cuiabá.

Para a análise documental tive acesso às atas, resoluções, relatórios, pareceres e à legislação do Conselho Municipal de Saúde.

E para o trabalho de campo utilizei de três instrumentos: a observação, questionário e as entrevistas. Enquanto a primeira é feita sobre tudo aquilo que não é dito, mas pode ser visto e captado por um observador atento e persistente, a segunda e a terceira têm como matéria-prima a fala de alguns interlocutores (MINAYO, 2007, p. 63). A observação aconteceu durante o acompanhamento a 10 (dez) reuniões ordinárias do conselho, nos dias 03/02/2015, 03/03/2015, 07/04/2015, 05/05/2015, 02/06/2015, 07/07/2015, 04/08/2015, 01/09/2015, 06/10/2015 e 03/11/2015, assim como algumas comissões temáticas. A entrevista foi semi-estruturada, que combina perguntas fechadas e abertas, na qual o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema. O questionário se compôs de 22 (vinte e duas) questões de múltipla escolha.

Considerando a importância da democracia para a humanidade e compreendendo que seus diferentes sentidos podem não materializar modelos de democracia consoantes com a perspectiva progressista de projeto societário, analisei o percurso histórico da democracia para identificar as suas reais possibilidades para os conselhos.

Democracia vem da palavra grega “demos” que significa povo. Nas democracias é o povo quem detém o poder soberano sobre o poder legislativo e o executivo, e os cidadãos numa democracia não têm apenas direitos, têm o dever de participar no sistema político. Discorro, ainda, sobre o controle social, entendido como a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da administração pública (SILVA, 2010).

No segundo capítulo fiz uma retrospectiva dos avanços após a Constituição de 1988, para trazer as discussões acerca da descentralização na área da saúde e as políticas de saúde a partir dos anos 1990, em que é possível constatar o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal no governo de Fernando Henrique Cardoso. A crise do financiamento da saúde se agrava, intensificam-se as privatizações e percebe-se o desmonte dos serviços de saúde, assim como a desvalorização dos trabalhadores e o desrespeito aos órgãos de controle social (conselhos). No governo Lula e Dilma observam-se a manutenção da política macroeconômica do governo anterior e a subordinação das políticas sociais à lógica econômica.

Em Mato Grosso, o governo inicia a municipalização e regionalização dos serviços de saúde, dando ênfase aos consórcios intermunicipais. Até a década de 1990, o financiamento público da saúde no Brasil se dava quase que totalmente com os recursos provenientes da esfera federal. A partir de 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000², estados e municípios passaram a ter maior participação no financiamento da saúde no Brasil. E, por fim, trago discussões sobre o sistema municipal de saúde em Cuiabá, que não difere de outras realidades brasileiras, que demonstram avanços e retrocessos desenvolvidos em espaços tensos, onde se expressam os mecanismos de resistências e defesa de projetos distintos e de poderes, impulsionados pelo Conselho Municipal de Saúde, como o movimento deflagrado pela atuação política do governo estadual em contratar Organizações Sociais para

² A Emenda Constitucional nº 29/2000 define os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e estabelece regras para o período de 2000 a 2004. [...] A EC 29 representou um importante avanço para diminuir a instabilidade no financiamento que o setor de saúde enfrentou a partir da Constituição de 1988 (com o não cumprimento dos 30% do orçamento da seguridade social), bem como uma vitória da sociedade na questão da vinculação orçamentária como forma de diminuir essa instabilidade (Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/ec29.htm>. Acesso em: 24 nov. 2015).

administrar hospitais regionais do Estado; procedimento semelhante ocorreu no município, com a participação de terceiro setor (empresa privada) na gestão do Pronto Socorro e Hospital Municipal.

No terceiro capítulo apresento um breve histórico dos conselhos, conselho vem do latim “Consilium” que, por sua vez, provém do verbo “consulo/consulere”, significando tanto ouvir alguém quanto submeter algo a uma deliberação de alguém, após uma ponderação refletida, prudente e de bom-senso. Os Conselhos, como formas primitivas e originais de gestão dos grupos sociais, já existiam, há quase três milênios, no povo hebreu, nos clãs visigodos e nas cidades-Estado do mundo greco-romano, conforme registros históricos. Os Conselhos, como coletivos organizados da sociedade civil e utilizados na gestão pública, conforme pesquisadores afirmam (CURY, 2000; GOHN, 2006), são criação antiga como a própria democracia participativa. A partir da Constituição de 1988 os conselhos assumem uma nova institucionalidade, a sociedade organizada passa a exercer a responsabilidade de voz plural da sociedade dentro destes espaços de interface entre o Estado e a sociedade civil. O Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá foi regulamentado pela Lei nº 2.820, de 19 de dezembro de 1990, A nova composição do Conselho, biênio 2014-2016, foi eleita em 15 de maio de 2014. Aponto os resultados e discussões em três categorias temáticas: na primeira, a caracterização dos conselheiros de saúde de Cuiabá; na segunda, a organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; e na terceira, a atuação e desempenho dos conselheiros.

E, por fim, as considerações finais com as minhas constatações e apontamentos para o fortalecimento do controle social na área da saúde, no município de Cuiabá.

1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DE DEMOCRACIA, CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO

Neste primeiro capítulo, faço uma reflexão sobre a democracia na Grécia antiga e a democracia moderna, trazendo o conceito de diversos autores sobre o tema, como Silva (2010), Chaui (2001), Wood (2011), entre outros. Após, discorro sobre controle social e o exercício da cidadania, trazendo reflexões acerca do controle do Estado sobre a Sociedade Civil ou desta para o Estado, preservando o bem público; e, por fim, a participação social enquanto diálogo nos espaços e nas organizações da comunidade e da sociedade com vista ao fortalecimento da democracia.

1.1 O QUE É DEMOCRACIA?

De acordo com os registros históricos, a democracia tem sua origem na Grécia antiga, a partir do século VI, antes de Cristo, nas cidades de Mileto, Megara, Samos e, em especial, Atenas, considerada o berço da democracia. A noção de que democracia designa o poder do povo (demos, kratos) provém de suas raízes gregas (SILVA, 2010, p. 16).

A democracia é um conceito surgido na Grécia antiga, que quer dizer: poder do povo. A democracia ateniense era direta: todos os cidadãos podiam participar da assembleia do povo (Eclésia), que tomava as decisões relativas aos assuntos políticos em praça pública. Entretanto, o regime democrático ateniense tinha os seus limites: em Atenas, eram considerados cidadãos apenas os homens adultos (com mais de 18 anos de idade), nascidos de pai e mãe atenienses, e apenas pessoas com esses atributos podiam participar do governo democrático ateniense, o regime político do “povo soberano”. Os cidadãos tinham três direitos essenciais: liberdade individual, igualdade com relação aos outros cidadãos perante a lei e direito a falar na assembleia (FUNARI, 2002).

Em 431 a.C. havia cerca de 42 mil cidadãos com direito a comparecer à assembleia, mas a praça de reuniões não comportava esse número de homens; dessa forma, as reuniões ocorriam em praças, colinas, que comportavam todas as pessoas; embora houvesse 42 mil cidadãos, nunca mais do que 25 mil votavam e, em geral, muito menos pessoas tomavam parte na democracia direta (FUNARI, 2002).

A experiência da democracia ateniense serviu de modelo para os que defenderam a liberdade política e o governo do povo. Mas a restrição do direito de cidadania de mulheres, escravos e estrangeiros constituiu a maior limitação do regime democrático ateniense. A

democracia ateniense não foi perfeita, uma vez que os cidadãos não tinham direitos iguais, pois apenas os homens adultos maiores de 18 anos podiam participar das decisões.

Silva (2010) destaca que uma das características dessa democracia é a interligação entre o público e o privado, a participação direta dos cidadãos nas funções legislativas e judiciais, bem como, o poder soberano que tinha a assembleia dos cidadãos. Em função do trabalho escravo, havia um maior tempo livre para os cidadãos se dedicarem aos assuntos políticos, sendo que a praça pública era efetivamente um lugar de encontro, de reunião, de discussão e de debates acerca dos assuntos que diziam respeito à coletividade, surgindo desses debates, a partir do confronto de opiniões e de deliberações por meio do voto, as decisões de interesse coletivo.

A autora aponta que, na atualidade, os processos democráticos se distanciaram razoavelmente dos desenvolvidos na democracia clássica, mas a essência permanece, trazendo em seu bojo a ideia de governo do povo, de todos os cidadãos. Traz a reflexão de quem é o povo, de que forma esse governo é exercido e que instrumentos políticos integram essa democracia contemporânea.

Rosenfield, citado por Silva (2010), aponta que, com o Estado moderno, passa a haver uma associação entre o termo democracia e o Estado, em função da transferência do processo democrático do espaço público para um centro de poder situado acima da sociedade, acarretando uma reorganização política das relações humanas, com transformação dos conceitos “espaço público” e de “governo da maioria”; a antiga liberdade política de intervenção na cena pública se contrapõe à forma estatal de organização de espaço público que, em função da necessidade de intervir para regulação dos conflitos sociais e do bem comum, reduz a possibilidade de participação de cada indivíduo nos assuntos coletivos.

Para Wood (2011), existe uma diferença entre o sentido da democracia ateniense e a capitalista. Com o capitalismo, o status cívico, os benefícios dos privilégios políticos deram lugar à vantagem puramente econômica, o que tornou possível uma nova forma de democracia. A democracia ateniense representa uma exceção única, ela quebrou a barreira entre o Estado e a aldeia, pois a aldeia se tornou efetivamente unidade constitutiva do Estado, e os camponeses se tornaram cidadãos. Com o capitalismo há um deslocar do poder do senhorio para a propriedade, surge o cidadão passivo, com alcance limitado diante do poder econômico, há uma desvalorização da cidadania, como ação política coletiva, pois está atrelada à propriedade privada e ao mercado.

Na Atenas democrática, cidadania significava que os pequenos produtores, em particular os camponeses, eram em grande parte livres da exploração extra-econômica. Sua

participação política na assembleia, nos tribunais e nas ruas limitava a exploração política. Na democracia capitalista a posição socioeconômica não determina o direito à cidadania e é isso o democrático da democracia capitalista, a igualdade civil não afeta diretamente nem modifica significativamente a desigualdade de classe, o que limita a democracia no capitalismo. As relações de classe entre o capital e o trabalho podem sobreviver até mesmo à igualdade jurídica e ao sufrágio universal.

Nesse sentido, a igualdade política na democracia capitalista não somente coexiste com a desigualdade socioeconômica, mas a deixa fundamentalmente intacta (WODD, 2011).

Lopes et al. (2011) dizem que no Estado capitalista a democracia é efetivada com a separação, independência e equilíbrio dos três poderes: Legislativo, Executivo e Judiciário.

E que dentro dos limites da democracia presentes no Estado capitalista, há os elementos instrumentalizadores de democratização (conselhos, forma de participação direta, plebiscito, orçamento participativo entre outros que sofrem disputa no campo da direita e da esquerda (LOPES et al., 2011, p. 86).

Para que uma sociedade avance em relação à cultura democrática, considerando as contradições das relações capitalistas, faz-se importante que exista um projeto coletivo em busca de uma sociedade democrática, de fato. Porém, há muitos entraves à democracia e à participação na história do capitalismo, pois a acumulação e o individualismo são práticas sociais não condizentes com noções de igualdade.

Chauí (2001, p. 10-11) caracteriza a democracia como,

1. forma geral da existência social em que uma sociedade, dividida internamente em classes, estabelece as relações sociais, os valores, os símbolos e o poder político a partir da determinação do justo e do injusto, do legal e do ilegal, do legítimo e do ilegítimo, do verdadeiro e do falso, do bom e do mau, do possível e do necessário, da liberdade e da coerção;
2. forma sociopolítica que busca enfrentar as dificuldades antes apontadas conciliando o princípio da igualdade e da liberdade e a existência real das desigualdades, bem como o princípio da legitimidade do conflito e a existência de contradições materiais introduzindo, para isso, a ideia dos direitos (econômicos, sociais, políticos e culturais). Graças aos direitos, os desiguais conquistam a igualdade, entrando no espaço político para reivindicar a participação nos direitos existentes e, sobretudo para criar novos direitos. Estes são novos não simplesmente porque não existiam anteriormente, mas porque são diferentes daqueles que existem, uma vez que fazem surgir, como cidadãos, novos sujeitos políticos que os afirmaram e os fizeram ser reconhecidos por toda a sociedade. Com a ideia dos direitos, estabelece-se o vínculo profundo entre democracia e a ideia de justiça;
3. Única forma sociopolítica na qual o caráter popular do poder e das lutas tende a evidenciar-se nas sociedades de classes, na medida em que os

direitos só ampliam seu alcance ou só surgem como novos pela ação das classes populares contra a cristalização jurídico-política que favorece à classe dominante. Em outras palavras, a marca da democracia moderna, permitindo sua passagem de democracia liberal a democracia social, encontra-se no fato de que somente as classes populares e os excluídos (as minorias) sentem a exigência de reivindicar direitos e criar novos direitos.

Para a autora, a cidadania se organiza a partir da criação de espaços sociais de lutas (os movimentos sociais, os movimentos populares, os movimentos sindicais) e pela instituição de formas políticas de expressão permanente (partidos políticos, Estado de Direito, políticas econômicas e sociais) que instituam, reconheçam e garantam a igualdade e liberdade dos cidadãos, onde a democracia é inseparável da ideia de espaço público. Os movimentos sociais ampliaram a liberdade ao direito de lutar contra todas as tiranias, censuras e torturas, contra toda exploração e dominação, seja social, religiosa, econômica, cultural ou política. Participação no poder significa que todo cidadão tem competência para opinar e decidir, já que política não é uma questão técnica nem científica, mas uma ação coletiva. Da Democracia ateniense direta, passamos à moderna Democracia representativa, com o direito à participação indireta através de representantes. Surge o sufrágio universal e a garantia de que qualquer um possa se candidatar para ser representante (desde que não esteja sob suspeita de crime).

Para Toro (2005), a democracia é uma verdade em construção, é um *ethos*, um modo de ser também em construção. Para o autor, não se pode dizer-se democrata sem antes ter experimentado a solidariedade, altruísmo, responsabilidade social, espírito cívico, respeito por todos os bens comuns e pela pessoa humana.

A democracia direta se apresenta por meio da participação dos cidadãos diretamente no processo de tomada de decisões das ações políticas; foi Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) que idealizou a democracia como forma de participação direta do povo no ato legislativo e afirmou que a soberania deve expressar sempre a vontade geral. Para Lopes et al. (2011), a intervenção na democracia direta se dá pela participação efetiva de todos, que decidem sobre os assuntos políticos ou administrativos (como exemplo: o plebiscito), intermediários, como senadores, deputados, vereadores fazem parte do processo.

A democracia representativa: nesse modelo os representantes, eleitos pelos cidadãos, elaboram as leis. Segundo os autores Benjamin Constant (1767-1830), Alex Tocqueville (1805-1859) e John Stuart Mill (1806-1873), esse modelo é a única forma de governo possível para reconhecer e garantir alguns direitos fundamentais, como o direito de liberdade, de pensamento, de religião, de imprensa, reunião, entre outros. A democracia participativa: surge nos anos 1960, caracterizada por eleições livres e periódicas, nas quais o cidadão tem

participação como representante político e representado que faz suas escolhas, há centralidade à participação dos processos de decisões políticas por via da representação e composição de órgãos colegiados (SILVA; SOUSA, 2011).

Para Nogueira (2011), a democracia participativa somente pode produzir seus desdobramentos se tiver cidadãos e associações com disposição política para experimentar dinâmicas de decisão coletivas e competições cooperativas, destinadas a compor unidades na diversidade. Pensada como recurso de transformação social e de reinvenção do político, só poderá avançar se seus cidadãos forem alcançados por processos de educação política, de conscientização cívica e de politização.

A democracia radical que está relacionada ao fim do domínio soviético, no final dos anos 1980, é um modelo onde participação e a deliberação servem para aumentar a igualdade do poder político. E, por fim, a democracia deliberativa, que é o conceito mais difundido nos anos de 1980; dois aspectos básicos constituem esse modelo: as decisões devem ser tomadas por todos os que são diretamente afetados pelas decisões em questão, e o processo decisório deve acontecer por meio de apresentação de argumentos pelos envolvidos, considerando valores de imparcialidade e racionalidade (SILVA; SOUSA, 2011).

Segundo Lopes et al. (2011), a democracia é um processo e precisa se fundar numa participação contínua e ampla para que se realize sob a determinação, controle e construção da sociedade organizada; assim, para os autores democracia, participação e democratização são/estão em movimento, e não são produtos acabados com valor universal.

O Brasil tem uma história de mais de 500 anos de domínio dos colonizadores; vivemos 400 anos num regime de escravidão e, após um regime republicano marcado por ditaduras, elites dirigentes autoritárias, sem legitimidade, levando a um Estado apático, como propriedade desta elite, resultando numa democracia de caráter formal, representativa e fraca (FRIGOTTO, 2005).

O processo de construção de democracia e elementos democratizantes é ainda, no Brasil, muito imaturo, carecendo de conteúdos que contribuam para que novas formas de participação sejam exercitadas, a fim de superarmos a cultura centralizadora e autoritária que experienciamos (LIMA, 2011, p. 31).

Com a Constituição de 1988 inicia-se uma experiência de defesa dos direitos através da participação dos cidadãos nos conselhos de direitos; estes foram instituídos num momento histórico de democracia no Brasil e no mundo, com a queda dos regimes militares na América Latina e as mudanças no Leste Europeu.

1.2 CONTROLE SOCIAL: EXERCÍCIO DE CIDADANIA

O controle social pode ser entendido como formas de fiscalização que devem ocorrer do âmbito externo para o âmbito interno do Estado, as quais ora recebem o nome de “controle popular”, ora de “controle social do poder”, da mesma forma que ora têm por finalidade habilitar o particular a intervir nas coisas do Estado para defesa de direito, ou de interesse pessoal, e ora com vistas à defesa de direito ou interesse geral (SILVA, 2010).

No início do século passado encontramos o primeiro “embrião” de controle social por parte do segmento da sociedade: os sindicatos urbanos - estes criam as Caixas de Aposentadorias e Pensões, que são transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, com forte peso dos sindicatos de trabalhadores e entidades patronais, em relação ao Governo Federal, na sua organização e gestão, inclusive, da assistência médico-hospitalar (BRASIL, 2002).

Outras atividades de controle por outros segmentos e grupos de interesse vão surgindo e marcam os anos de 1970, quando se dá verdadeira explosão de migração populacional para as periferias das cidades grandes, consequência da enorme concentração da renda e desigualdade social na população; nesse período, verifica-se grande aumento na criação de associações de moradores, entidades religiosas, movimentos femininos, entidades filantrópicas e vários outros movimentos comunitários, que passaram a exercer atividades e pressões de controle, ainda que fracionado por segmento, em função de reivindicações específicas, inclusive serviços de saúde, direcionadas principalmente às prefeituras municipais (BRASIL, 2002).

Essas formas de pressões e controle aconteceram e continuam acontecendo por iniciativas dos movimentos e entidades da sociedade organizada, que se articulam e negociam benefícios a favor dos interesses e direitos de cidadania do conjunto da sociedade. Esse controle (social), ao ser exercido pelo conjunto das entidades e instituições da sociedade organizada, tende a se tornar mais efetivo e legítimo (BRASIL, 2002).

O tema controle social tem sido alvo das discussões e práticas recentes de diversos segmentos da sociedade como sinônimo de participação social nas políticas públicas. O controle social tomou vulto no Brasil a partir do processo de democratização na década de 1980. Esta participação foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado; no sentido desses, cada vez mais, atender aos interesses da maioria da população (CORREIA, 2007).

O controle social exercido pelos movimentos sociais da sociedade organizada, como os sindicais, os comunitários, os de defesa do consumidor, os partidos políticos e outros, é conquista das mobilizações sociais e democráticas dos anos 1980, que se consolidaram na Constituição Federal de 1988 e nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, ao integrar os Conselhos de Saúde na estrutura legal do Poder Executivo. Esta é uma conquista decisiva para o controle social, pois,

[...] estes novos órgãos têm uma composição e papel de características inusitadas e diferenciadas: sua composição é tão heterogênea e plural quanto a própria sociedade – é constituída por Conselheiros: metade é das entidades representantes dos usuários, e na outra metade, além do Governo, entidades representantes dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde.[...] objetivo, [...] de assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda a população, intersetorial, em defesa da vida e da saúde, e com acesso universal e equitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde, da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo. [...] (BRASIL, 2002, p. 26).

A Constituição de 1988 trouxe um novo arranjo institucional, possibilitando diversas formas participativas na gestão e controle das políticas públicas pela sociedade.

A expressão controle social, originada da sociologia, é utilizada para designar os mecanismos que determinam a ordem social, regulamentando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais (DIEGUES, 2013).

No caso brasileiro, desde a redemocratização dos anos 1980, o termo controle social se tornou sinônimo de controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, com a perspectiva de garantir a participação dos setores organizados da sociedade na formulação, gestão e controle das políticas públicas, ou mesmo na definição de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (CORREIA, 2004).

Pode-se dizer, portanto, que o controle social consiste em canais de participação na gestão governamental, com a presença de novos sujeitos coletivos nos processos decisórios (ASSIS; VILLA, 2003). Os mecanismos, canais ou instrumentos de participação nos negócios estatais são numerosos. Entre eles, citamos o orçamento participativo, o planejamento participativo, as organizações não governamentais, os meios de comunicação social, os conselhos de políticas públicas e as ouvidorias (SIRAQUE, 2004).

Para fins de aprimoramento da prática de controle social em nosso país é preciso mais informações, esclarecimentos e um rigoroso trabalho de autonomização das instâncias que o exercem na sociedade. Isso não significa afirmar que será possível chegar a um momento em que o funcionamento destes conselhos será totalmente efetivo, sem sofrer embates, pois isso

seria negar as contradições que constituem uma sociedade capitalista. Entretanto, nos marcos das relações capitalistas, faz-se necessário descobrir como transformar espaços institucionalizados em possibilidades cada vez maiores de construção, expressão e defesa de um projeto ético-político (SILVA et al., 2009).

Apesar de os conselhos se constituírem como espaços democráticos de gestão do que é público, apresentam contradições e fragilidades; mas eles são importantes, num país como o Brasil, em que a cultura de submissão ainda está arraigada na maioria da população e em que o público é tratado como posse particular de pequenos grupos de privilegiados.

O controle social, ou seja, o controle dos segmentos que representam as classes subalternas sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos torna-se um desafio importante na realidade brasileira para que se criem resistência à redução de políticas sociais, à sua privatização e à sua mercantilização (CORREIA, 2002, p. 41).

Os Conselhos de Saúde têm que ter a clareza do que significa o compromisso com o controle social, para não ficarem expostos a pressões de grupos da sociedade e do Governo. Um conselho que não se mostra sólido em seus propósitos se fragiliza e descredibiliza. A participação da comunidade e o controle social na área da saúde são legalmente assegurados através da atuação dos conselhos de saúde e das conferências de saúde realizadas de quatro em quatro anos, com a participação de vários segmentos da sociedade, cujos objetivos são a análise dos avanços e retrocessos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, a proposição de diretrizes para a formulação das políticas de saúde.

A área da saúde foi pioneira neste processo devido à efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 70 e à organização do Movimento da Reforma Sanitária que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo “médico-assistencial privatista” para um Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade (CORREIA, 2007, p. 01).

Segundo Correia (2007), a sociedade civil não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios; as lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de setores que representam os interesses do capital e do trabalho na sociedade civil e no Estado em busca da hegemonia. A sociedade civil enquanto integrante da totalidade social tem um potencial transformador, pois nela se processa a organização dos movimentos sociais que representam os interesses das classes subalternas na busca da direção político-ideológica. A

partir da análise da relação Estado/sociedade civil, em Gramsci, pode-se afirmar que o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais.

Para Gramsci, não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas sim uma relação orgânica; a oposição real se dá entre as classes sociais na disputa pela hegemonia na sociedade civil e no Estado, assim, apenas com a devida análise da correlação de forças entre as mesmas, em cada momento histórico é possível avaliar qual a classe que obtém o controle social sobre o conjunto da sociedade. Assim, o controle social é contraditório e está balizado pela referida correlação de forças (CORREIA, 2004).

Na perspectiva gramsciana, os conselhos são compreendidos como espaços pedagógicos para as lutas políticas em prol da democracia popular. Semeraro nos ensina que:

[...] a democracia popular não é garantida pela mera tomada do poder político, nem se pode esperar que as transformações democráticas, econômico-sociais, aconteçam com métodos exclusivamente administrativos. É imprescindível o protagonismo permanente e a educação ético-política que habilitam ao exercício democrático das classes populares (SEMERARO, 2006, p. 168).

O controle social, na perspectiva das classes populares, visa a atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Assim, o controle social envolve a capacidade que as classes populares, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses destas classes, tendo em vista a construção de sua hegemonia (CORREIA, 2007).

Pode-se dizer que o Controle Social funciona como instrumento democrático no qual há a participação dos cidadãos na avaliação, formulação de políticas públicas; e é fato que essa participação da sociedade nos assuntos da gestão pública com o Estado, conjuntamente, pressupõe a mudança da cultura de participação da população brasileira.

O controle/participação social é um espaço de representação da sociedade, onde se articulam diferentes sujeitos, com suas diversas representações: movimentos populares, entidades de classe, sindicatos, governo, entidades jurídicas, prestadores de serviço, entre outros, e uma população com suas necessidades e interesses que envolvem o indivíduo, família e grupos da comunidade (ASSIS; VILLA, 2003).

Assis e Villa (2003) consideram pertinente a discussão sobre controle social, pois é um tema que está na ordem do dia, onde se dá a atuação da sociedade civil organizada na gestão

das políticas públicas, no sentido de controlá-las para que atendam as demandas e os interesses da coletividade. A efetivação do controle social pressupõe a luta pelo fortalecimento do setor público, com ênfase no âmbito municipal, entendido como espaço de confronto de interesses, de identificação de necessidades e de construção de alternativas. Para os autores, é no espaço dos municípios onde os problemas são identificados com mais clareza e rapidez, assim como a solução a ser buscada em parceria com os segmentos sociais: gestores, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços, na busca da qualidade do atendimento. Mas não basta existirem leis que permitam a existência do público nas instâncias que deliberam sobre as políticas públicas, é urgente uma educação política mais ampla que alcance as classes populares para que, através das informações sobre os direitos, tais classes possam reivindicar a qualidade dos serviços públicos. O acesso às informações ainda é muito dificultado.

Ao falar de conselhos é preciso estar atento para três pontos, o tripé composto por democracia, cidadania e participação. Cidadania não apenas como direitos individuais, mas a cidadania coletiva, da população, o direito desta se organizar e ter direito de lutar por direitos. Democracia, num sentido mais amplo, articulada à ideia de participação nas esferas públicas, onde se decide. A participação pensada a partir dos conselhos é a ideia de intervir na esfera do público (PAZ, 2005).

O conceito de cidadania é amplo e abrangente, diz respeito àquela que regula os direitos e deveres dos indivíduos (cidadania individual³) e de grupos (cidadania coletiva⁴) na sociedade. A cidadania individual presume a liberdade e a autonomia dos indivíduos num sistema de mercado, de competição, onde existe a livre manifestação das opiniões, e onde existe um mediador, no papel de árbitro na sociedade; esse ente é o Estado, o poder público; a cidadania individual se destaca na luta pelos direitos civis e políticos. Na cidadania coletiva se privilegia a dimensão sócio-cultural, reivindica direitos sob a forma de concessão de bens e serviços, “[...] reivindica espaços sociopolíticos sem que para isto tenha que se homogeneizar e perder sua identidade cultural” (GOHN, 1995).

³ A cidadania individual remete aos direitos civis e políticos. Sua construção histórica data dos séculos XVII - XVIII, com o advento da modernidade, quando a sociedade ocidental muda alguns parâmetros de referência, elegendo indivíduos como valor supremo em contraposição aos grupos estratificados da sociedade de castas; a primazia da razão sobre as crenças e dogmas; o domínio da natureza pelo homem por meio da tecnologia; e o reino da opinião pública, por meio do voto e do sistema representativo democrático, em contraposição ao direito divino dos reis (GOHN, 1995, p. 195).

⁴ Na cidadania coletiva temos dois marcos referenciais. O primeiro remete às origens clássicas do cidadão da polis grega, pois diz respeito a uma dimensão cívica, em que os cidadãos exercitam virtudes cívicas [...]. Há obrigações e deveres a cumprir. O segundo marco remete à contemporaneidade [...] diz respeito a busca de leis e direitos para as categorias sociais até então excluídas da sociedade do ponto de vista econômico [...] e do ponto de vista cultural (GOHN, 1995, p. 195).

Os conselhos foram instituídos como uma forma de gestão democrática do espaço público, eles se propõem a garantir que a sociedade civil organizada faça parte da estrutura do governo, na formulação, execução e fiscalização de bens e serviços públicos (SCHEINVAR; ALGEBAILLE, 2005).

Para Gerschman (2004), foi com base nas reivindicações de participação da sociedade na gestão das políticas sociais que os conselhos foram criados, após a Constituição de 1988. Os Conselhos foram incorporados à Constituição, com a finalidade de se tornarem canais efetivos de participação da sociedade civil, permitindo o exercício de uma cidadania ativa. Dessa forma, a sociedade, atuando nos Conselhos, teria a possibilidade de contribuir para a definição de um plano de gestão das políticas setoriais, conferindo maior transparência às alocações e favorecendo a responsabilização dos políticos e dos técnicos da administração pública.

1.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL: COMO CONSTRUIR UMA PARTICIPAÇÃO ATIVA EM FAVOR DOS SEGMENTOS POPULARES?

Gohn (2011) nos traz a questão da participação enquanto tema presente desde o tempo da Colônia contra a Metrópole, das lutas contra a escravidão e o sindicalismo anarquista⁵, ganhando destaque no início deste século, com as políticas públicas que estimularam a crescente participação comunitária. A participação política surge a partir da ideia de participação comunitária com o propósito de dar respostas ao problema da relação entre pobreza e doença.

Sob esse enfoque histórico, a autora menciona também, na América Latina, nesta época, pouca representatividade; já na década de 1950, aparece o “desenvolvimento da comunidade”, proposto por instituições americanas, com o objetivo mascarado de ajudar países subdesenvolvidos, no contexto da guerra fria. Nessa concepção, a participação era entendida como ações de incorporação dos indivíduos em ações previamente elaboradas pelas autoridades ou grupos de missionários que desenvolviam programas assistenciais.

No campo político, buscava-se eleger representantes populares para cargos públicos, mudando as regras do controle social e da forma de fazer política no país. A sociedade clamava por mudanças, o cenário de 1970 era de mobilizações e protestos em busca da

⁵ “[...] anarco-sindicalismo conforme o prefixo sugere, trata-se da variante anarquista do sindicalismo – o sindicalismo revolucionário. A ideia central deste é que as organizações desenvolvidas por operários, para defender seus interesses (...) deveriam tornar-se instrumentos da derrubada do capitalismo (...)” (OUTHWAITE, William; BOTTOMORE, Tom, 1996, p. 13)

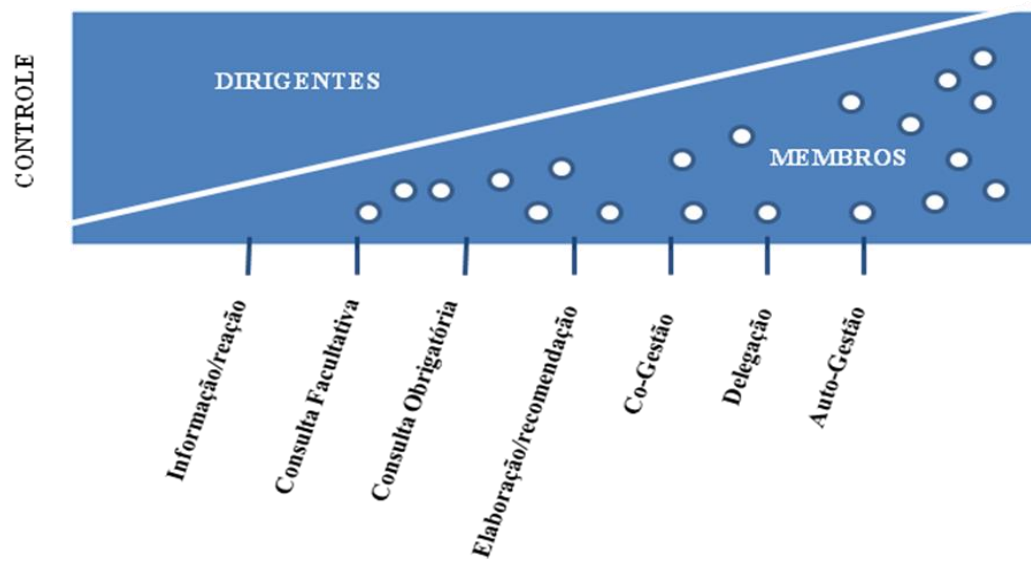
democratização da sociedade brasileira. A participação estava associada à organização política dos trabalhadores (GOHN, 2011). Dessa forma, participação se tornou um dos principais termos do repertório das demandas e dos movimentos sociais, sobretudo durante o processo de redemocratização política no país, após meados dos anos 1980.

Segundo Gohn (2011), a participação popular, nas instâncias estratégicas e tomada de decisões, veio somente a partir da década de 1980, quando eclodiram movimentos populares, atuação em conjunto com comunidades eclesiais de base, oposições sindicais, algumas categorias profissionais do funcionalismo público, associações de moradores. Nessa perspectiva, a participação foi definida como esforço para aumentar o controle sobre os recursos e as instituições que controlavam a vida da sociedade, e realizada pela sociedade civil organizada, em prol dos direitos sociais, econômicos e políticos.

Segundo Bordenave (1983, p.12), “[...] a participação facilita o crescimento da consciência crítica da população e prepara para adquirir mais poder na sociedade”. A participação assegura o controle das autoridades por parte do povo, pois as lideranças podem ser impelidas à corrupção e ao desvio de fundos. Ao participar, fiscalizando os serviços públicos, a população contribui para melhorá-los em qualidade e oportunidade.

A participação deveria ser um fenômeno de autopromoção, onde os próprios interessados passariam a autogerir ou co-gerir a satisfação de suas necessidades, pois ninguém promove ninguém, é preciso superar as formas assistencialistas em política social. Dessa forma, participação enquanto exercício democrático propicia aprendizagens: para eleger e cobrar transparência das contas públicas, instituir rodízio no poder, desburocratizar, compelir os governantes a servirem a comunidade.

Para Bordenave (1983), existem graus e níveis de participação que são importantes para averiguar o grau de controle dos membros de um grupo sobre as decisões, cita o exemplo de uma associação de pais e mestres, onde os pais opinam, mas o controle é mantido pela direção da escola. Através do esquema a seguir, Bordenave (1983, p. 31) ilustra os graus de participação numa organização:



Segundo Bordenave (1983), o menor grau de participação é a informação, os dirigentes informam as decisões tomadas aos membros que poderão reagir ao receber a informação, essa reação tanto pode ser tolerada como não. Já na consulta facultativa, a direção pode consultar os membros se quiser e quando quiser, e na consulta obrigatória os membros são consultados, mas a decisão final é dos dirigentes. Um grau mais avançado de participação é a elaboração/recomendação: os membros elaboram propostas que podem ser ou não aceitas, mas os dirigentes sempre justificam a posição tomada. A co-gestão está num degrau superior, as decisões são compartilhadas de acordo com mecanismos de co-decisão e colegiado; exemplos deste tipo de participação encontramos em comitês, conselhos ou outras formas colegiadas. Na delegação os membros têm autonomia em certos campos ou jurisdições, que antes eram reservados aos dirigentes, mas para que haja delegação real os membros precisam ter completa autoridade. E, por fim, temos a participação pela auto-gestão, onde o grupo determina os objetivos, escolhe os meios e estabelece o controle. Na auto-gestão desaparece a diferença entre membros e dirigentes.

Participar é fazer parte, tomar parte ou ter parte. Conforme aponta Bordenave (1983), pode-se fazer parte sem tomar parte; quando, além de fazermos parte, tomamos decisões em conjunto, isso representa um nível intenso de participação. Passa-se de uma participação passiva para uma participação ativa, do cidadão inerte para o cidadão engajado.

O controle social corresponde a uma perspectiva de participação, de ação democrática, de instrumentalização de mobilizações e práticas que influenciam no plano decisório governamental, quanto ao planejamento e financiamento dos serviços públicos. (LIMA, 2011, p. 34).

Lima nos orienta a pensar que tomar a coisa pública como requisito fundamental de nossas vidas, participando ativamente para alcançarmos melhores relações entre o Estado e a Sociedade Civil, se constitui como um compromisso coletivo. Em outras palavras, o controle social é um projeto desafiador que depende de uma vontade coletiva para ser efetivo.

Para Nogueira (2011), nas últimas décadas do século XX, no Brasil em particular, a ideia de participação no campo da gestão pública tem sido assunto considerado pertinente às necessidades do novo papel do Estado⁶. Destaca que antes a convicção era de que processos participativos, mecanismos de consulta popular, negociação e formação ampliada de consensos agiriam contra o crescimento econômico, pois dificultariam as decisões e a formulação e implementação de políticas. Mas, pouco a pouco essa visão foi se deslocando, com o reconhecimento de que a participação tinha valor e poderia dar sustentabilidade às políticas públicas.

A tendência atual não mais pensa a participação como o reverso da representação ou como veículo privilegiado da pressão popular, mas sim como expressão de práticas sociais democráticas interessadas em superar os gargalos da burocracia pública e em alcançar soluções positivas para os diferentes problemas comunitários (NOGUEIRA, 2011, p. 125).

Segundo Nogueira (2011), a participação se tornou passagem obrigatória para renovação dos discursos sobre democracia, Estado e gestão pública. A gestão participativa se associa a um Estado aberto, democrático, aparelhado para auxiliar comunidades a se autogovernarem. A participação tem se expandido na gestão pública, por pressões de grupos e indivíduos, assim como por iniciativa dos governos, tornando-se uma demanda social e uma resposta governamental.

Tomando como base o mundo moderno, da sociedade de classes, do capitalismo e do Estado democrático representativo, podemos encontrar cinco modalidades de participação, que têm coexistido e se combinado de diferentes maneiras e circunstâncias histórico-sociais, e essas modalidades expressam o grau de consciência política, ou seja, a maturidade,

⁶ “Não pode haver Estado democrático sem cidadania ativa e sem participação. Mas o social não basta a si próprio: na ausência de um Estado, reduz-se a território de caça do mercado e desvincula-se da ideia republicana, ou seja, converte-se em um espaço de interesses autonomizados, mas não de direitos. O melhor terreno para o desencadeamento de dinâmicas de emancipação, de liberdade e de autodeterminação não é o Estado em sentido estrito (ou seja, o mundo do governo, da administração pública ou do poder), mas a sociedade civil, (...) a malha de aparelhos e associações com as quais os interesses sociais se organizam e buscam se afirmar perante os demais, diante do Estado e como Estado. Isso implica, em decorrência, que a sociedade civil não é o outro lado do Estado, mas o coração do Estado: é com base nela e a partir dela que melhores Estados podem ser fundados e que novas plataformas de civilização conseguem ser instituídas” (NOGUEIRA, 2011).

homogeneidade e organicidade dos grupos sociais (GRAMSCI, 2000, p. 40, apud NOGUEIRA, 2011).

Quadro 01 - Modalidades de participação e suas características

Modalidades	Características
Participação Assistencialista	Natureza filantrópica ou solidária, de cunho religioso ou benemérito; Atividade universal (práticas de auxílio mútuo e de mutirão); Predomina nos estágios de menor maturidade e organicidade dos grupos sociais; Menor consciência política.
Participação Corporativa	Natureza profissional (interesses específicos de grupos sociais ou categorias profissionais); Propósito particular (excludente); Práticas sintonizadas com o proletariado e camadas populares; Dimensão pré-política.
Participação Eleitoral	Natureza Eleitoral; Interfere na governabilidade e tem efeitos sobre a coletividade; Maturidade do cidadão (direitos individuais, civis e políticos); Limitação: condicionado a escolhas individuais.
Participação Política	Natureza ético-política; Supera a participação corporativa e eleitoral; Tem a ver com as questões de poder e dominação; consenso e hegemonia; força e consentimento; governo e convivência; Pacto social (igualdade moral e legítima); Democratização do poder, compartilhamento, cidadania.
Participação Gerencial	Ideia de política de troca entre governantes e governados; Meio para inversão de prioridades governamentais e a transferência de custos gerenciais; Instrumento para solidarizar governantes e governados, reduzir atritos entre governo e sociedade.

Fonte: Elaborado pela autora (2015), baseado em NOGUEIRA (2011).

Considerando a classificação das modalidades de participação dadas por Nogueira (2011), entendo que o pressuposto do modelo de políticas públicas em curso se pauta na modalidade de participação gerencial, a qual gera variáveis de participação de acordo com os interesses dos grupos hegemônicos da sociedade.

Com a hegemonia do projeto político neoliberal e os processos de privatização pelos bens públicos, a participação passa a ser concebida pelos opositos como possibilidade de controle dos direitos acerca dos produtos comercializados.

Lima (2011) nos traz contribuições sobre democracia e participação, ao pontuar sobre a democracia liberal onde se preza o individualismo e a liberdade, sendo que a igualdade de oportunidades se desenha segundo a capacidade de cada indivíduo. Nessa modalidade de

democracia temos, segundo o autor, a participação fictícia e controlada, que se fundamenta na representatividade, sinônimo de colaboração e resultados consensuais. Na democracia direta temos a participação efetiva de todos que podem decidir sobre assuntos políticos e administrativos por meio de plebiscitos, referendos ou outras formas de participação popular. Dentro dos limites da democracia, presentes no Estado capitalista, temos elementos instrumentalizadores, sendo o conselho um deles. A organização capitalista institui formas participativas para o engodo e o controle dos trabalhadores; por outro lado, os movimentos sociais buscam estabelecer controle sobre as organizações. A perspectiva de democratização com base no controle social e na participação ativa foi rompida nos anos 1990. Passamos de uma democracia política para uma democracia mercadológica vinculada ao conceito de cidadania controlada, participação instrumental e competitividade individual, reforçando uma política sem interesse em alterar a correlação de forças já instituídas ou ultrapassar a democracia de caráter burguês.

A participação na saúde, contida no texto da Constituição de 1988, é bastante limitada, pois, ao se referir às diretrizes de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), menciona apenas participação da comunidade que, na história do Brasil, faz parte de um ideário de participação limitada. Mas, percebe-se o enfrentamento dessa limitação do texto constitucional na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que 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, atribuindo aos conselhos de saúde a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (STOTZ, 2008).

Segundo Gohn (2004), o empoderamento da comunidade, para que ela seja protagonista de sua própria história, é um termo que tem sido utilizado nas políticas públicas. O significado da categoria “empowerment”, ou empoderamento, como tem sido traduzida no Brasil, não tem um caráter universal, tanto poderá estar se referindo ao processo de mobilizações e práticas destinadas a promover e impulsionar grupos e comunidades, no sentido de seu crescimento, autonomia, melhora gradual e progressiva de suas vidas (material e como seres humanos dotados de uma visão crítica da realidade social); como poderá se referir a ações destinadas a promover simplesmente a pura integração dos excluídos, carentes e demandatários de bens elementares à sobrevivência, serviços públicos, atenção pessoal etc.

Nogueira (2011) explicita o sentido deslocado da participação no atual modelo do Estado:

Pode-se mesmo dizer que as novas objetivações do capitalismo e da sociedade moderna induzem a que a participação se desloque da política e perca conteúdo ético-político, em benefício de um vínculo mais estreito com os interesses particulares, com a resolução de problemas e com o atendimento a demandas específicas. Há uma tendência objetiva que força a que a participação deixe de ser pensada como recurso vital para a recriação do social, a fundação de novos Estados ou a instituição de formas mais democráticas e civilizadas de convivência, e passe a ser pensada como um meio para inversão de prioridades governamentais e a transferência de custos gerenciais. A participação tende a se converter em um instrumento para solidarizar governantes e governados, para aliviar e agilizar a ação governamental, para compartilhar custos e decisões, para reduzir atritos entre governo e sociedade. [...] O modo como são hoje pensadas e assimiladas as “organizações não-governamentais”, ou ainda, a ideia do público não-estatal, indicam com clareza essa inflexão (NOGUEIRA, 2005, p. 140-141, grifo do autor).

O tema das desigualdades e políticas sociais no Brasil deve ser analisado como um elemento característico da cidadania de sujeitos sociais coletivos, sendo que as transformações políticas, institucionais e a ampliação dos canais de representatividade dos setores organizados é uma conquista dos movimentos organizados da sociedade civil. A participação dos cidadãos se transformou num referencial de ampliação de possibilidades de acesso dos setores populares na perspectiva do desenvolvimento da sociedade civil e do fortalecimento dos mecanismos democráticos.

Para Gohn (2004), a participação da sociedade civil na esfera pública se dá via conselhos e outras formas institucionalizadas, sendo que os conselhos são inovações democráticas que têm contribuído como espaços de interlocução entre a sociedade política e a sociedade civil organizada.

[...] O tema da participação é uma lente que possibilita um olhar ampliado para a História. [...] O entendimento dos processos de participação da sociedade civil e sua presença nas políticas públicas nos conduz ao entendimento do processo de democratização da sociedade brasileira; [...] as lutas da sociedade por acesso aos direitos sociais e de cidadania. Nesse sentido, a participação é, também, luta por melhores condições de vida e pelos benefícios da civilização (GOHN, 2011, p. 16).

De acordo com De Paula (2005), o tema da inserção da participação popular na gestão pública atingiu seu apogeu em meados da década de 1980, quando da elaboração da Constituição Federal, no momento em que diferentes forças políticas opinavam para formular um novo referencial das relações entre Estado e sociedade.

A conjuntura política dos anos 1980 trouxe outras dimensões para a categoria participação; inicialmente concentrou-se na questão dos conselhos (consultivo para auscultar

a população ou normativo/representativo com poder de decisão). Estabeleceram-se as primeiras experiências de conselhos de gestão da coisa pública, como os conselhos comunitários, de escola, da saúde, do negro, entre outros. Essas experiências funcionavam ao mesmo tempo que os conselhos populares dos movimentos sociais, o que causou confusão, pois os conselhos populares atuavam pelos princípios da participação direta e os conselhos comunitários atuavam por critérios de representatividade que supunha participação indireta (GOHN, 2011).

Gohn (2011) aponta que o cruzamento entre esses dois conselhos se dá nos anos de 1990; esse período possibilitou requalificar a temática da participação que diz respeito ao aprofundamento da democracia. Participação comunitária e participação popular cedem lugar às novas denominações: participação cidadã e participação social.

A participação cidadã envolve um conjunto de indivíduos sociais, cuja diversidade de interesses integra a cidadania, que rompe com a tradição de distanciamento entre a esfera em que as decisões são tomadas e os locais onde não ocorre a participação. O que se quer é a universalização dos direitos sociais, na ampliação da cidadania, e o fortalecimento dos debates, no sentido da intervenção durante o círculo de elaboração e implementação da política pública (GOHN, 2011).

A participação social não representa um indivíduo em particular, mas, se constrói dentro de uma relação ampla do tipo sociedade/Estado, com propósito de mobilizar energias para uma gestão participativa, com atores motivados, solidários, engajados a causas maiores, lastreado para o desenvolvimento de um espírito cívico junto a comunidades atuantes e autônomas. Nessa abordagem, o que importa é o capital social e não o econômico, já que gera conhecimentos que libertam e reforçam a democracia (GOHN, 2011).

A participação popular se transforma no referencial de ampliação de possibilidades de acesso dos setores populares dentro de uma perspectiva de desenvolvimento da sociedade civil e de fortalecimento dos mecanismos democráticos (JACOBI, 1999). É concebida como uma força capaz de intervir na formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas (VALLA, 1998), pois envolve a interação do homem com os demais, levando-o à auto-expressão, ao desenvolvimento do pensamento reflexivo, ao prazer de criar e recriar coisas (BORDENAVE, 1983).

Para que a sociedade brasileira tenha avanços no plano cultural, as classes populares precisam ter acesso às informações de seus direitos, ao que regulamenta o Estado Democrático de Direito e ao pressuposto da cidadania. Ainda que só exista cidadania atualmente no postulado liberal, na vigência do capitalismo é ela que faz ter sentido o ganho

de direitos às classes populares que, majoritariamente, estão desinformadas em relação ao que é deliberado politicamente no jogo político, no qual as disputas pelo voto popular fazem a democracia moderna se legitimar apenas no campo eleitoral, não substancialmente, como pressupõe um projeto de sociedade ético-popular.

Embora as práticas de participação possam ser identificadas no dia a dia da sociedade civil, quer seja pela atuação dos sindicatos ou de outras organizações sociais, a compreensão do que seja participação ainda não é unânime.

No Dicionário Básico de Filosofia, participação é definida como

[...] (*lat. Participatio*) 1 Ato de tomar parte de algo, de participar. 2 Nas teorias das ideias, Platão trata das relações entre as ideias ou formas puras e os objetos no mundo sensível, ou seja, da relação entre o indivíduo e o universal sendo o indivíduo entendido como parte universal [...]. (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1996, p. 207).

A participação na sociedade tem se demonstrado indispensável, mas, devido ao modelo centralizador das políticas governamentais, tem ocorrido um esvaziamento participativo. Ela pode assumir um caráter de liberação e igualdade, ou a permanência de uma situação de controle de muitos por alguns. Sob o ângulo dos progressistas ela pode favorecer o crescimento da consciência crítica de um grupo, ampliando o poder de resolver problemas, mas a participação não é somente um instrumento para isso, ela garante o controle das autoridades por parte do povo. Quando a população participa da fiscalização dos serviços públicos, melhora em qualidade e oportunidade (LIMA, 2011).

Participar é criar uma cultura de dividir responsabilidades na construção coletiva de um processo. O Brasil já experimentou essa forma de participação com o fórum do orçamento participativo e outros fóruns de participação popular (GOHN, 2011). Quando as pessoas se sentem motivadas a participar, quando sentem um pertencimento, uma identidade com a comunidade, ou a escola ou seu bairro, estão disponíveis para o processo participativo. Conforme a participação se alarga e se ativa, assumindo ou não uma forma gerencial, passa a condicionar os governos e a administração pública, levando a gestão a se autorreconfigurar, a se desenhar de outro modo, formando novos recursos humanos bem como organizações diferentes (NOGUEIRA, 2011).

A partir da Constituição Federal de 1988, com o reconhecimento dos direitos sociais, a participação social passa a se destacar em caráter complementar à ação estatal, na implementação e controle das políticas sociais; surge a institucionalização dos conselhos, como uma nova forma de representação da sociedade civil.

2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE A PARTIR DOS ANOS 1990: IMPACTOS DA DESCENTRALIZAÇÃO NA GESTÃO E SUAS IMPLICAÇÕES

Neste capítulo pretendo discorrer sobre a descentralização na área da saúde, as políticas de saúde a partir dos anos 1990, os impactos e as implicações em Mato Grosso e em Cuiabá.

2.1 ANOS 1990: PERDA DE DIREITOS SOCIAIS E O DESMONTE DA SAÚDE

Antes de apresentar a situação da saúde a partir dos anos 1990, faz-se necessário contextualizar o final dos anos de 1980.

A promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a efetivação dos direitos sociais em nosso país, frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal trouxe avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais, acumuladas secularmente, incapazes de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 1994).

Com relação à Saúde, a Assembleia Constituinte se transformou numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos: os grupos empresariais (Setor privado, Indústrias Farmacêuticas), e as forças a favor da Reforma Sanitária, que apoiavam a proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte; essa proposta foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades (BRAVO, 1994).

O texto constitucional inspira-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender todas as demandas quando elas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo. As questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina. Com relação aos medicamentos, há apenas uma alusão à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção. A saúde do trabalhador não contemplou propostas como o direito do trabalhador recusar-se a trabalhar em locais comprovadamente insalubres, bem como, de ter informações sobre toxicidade dos produtos manipulados (BRAVO, 1994, p. 11).

Um dos aspectos centrais da política de saúde foi a politização, uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária,

alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. Um dos acontecimentos mais importantes foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde⁷ (BRAVO, 1994).

A proposta aprovada nesta Conferência trouxe mudanças das práticas institucionais através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor (BRAVO, 1994).

No final da década de 1980, já havia algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988 (BRAVO, 1994, p. 12).

Para Fleury (1997), o dilema reformista, enfrentado como tensão permanente durante todo o processo da Reforma Sanitária, estava dado a partir da interpelação cidadã e da luta pelo direito à saúde, o que implicava tomar o Estado - em seu aparato jurídico e administrativo - como lócus privilegiado das práticas reformadoras. Para isto, se requeria a ampliação de alianças e a construção de um novo consenso e de uma nova institucionalidade, enquanto a transformação social das práticas sanitárias e a construção de sujeitos políticos e suas estratégias de enfrentamento do conflito provocavam tensões, fragmentações e dissensos.

O direito à saúde foi traduzido em uma base legal e normativa, incluindo a Constituição Federal, a Lei Orgânica, as Constituições Estaduais, as Normas Operacionais Básicas, etc. A Reforma Sanitária, ao materializar seus princípios doutrinários e as estratégias organizacionais, incorreu na sobrevalorização dos aspectos formais da democracia que, ainda que imprescindíveis, não foram suficientes para garantir a concomitância entre o mundo da

⁷ “A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO; MATOS, 2001, p. 09).

norma legal e o mundo da vida, os quais ficam muito distanciados na experiência brasileira (FLEURY, 1997).

Para Fleury (1997), na luta pela democratização da saúde o movimento sanitário se propôs a incorporar as demandas da sociedade como um todo, partindo da consideração de que as condições de exercício profissional estão submetidas às mesmas determinações que se responsabilizam pela precariedade da saúde da população. Esta expansão do grupo é parte do processo de construção de hegemonia, isto é, de uma nova relação entre classe/Estado/Sociedade. Mas, a eficácia da ação política de um ator social não decorre apenas de seu momento de construção de uma identidade política, mas fundamentalmente, em termos leninistas, do momento estratégico-militar, no qual são construídos os instrumentos de luta dos quais dependerá a possibilidade de alteração real da correlação de forças; parafraseando Gramsci, é quando as ideologias se tornam partido, que se está colocando em questão a hegemonia dominante.

Assim, mais do que uma profunda reforma do Estado, o projeto da Reforma Sanitária foi a ponta de lança na construção de uma nova hegemonia, portanto, de reconstrução, em novas bases, da relação Estado-sociedade. Contudo, a sua burocratização afastou a população da cena política, despolitizando o movimento e o seu processo organizativo (FLEURY, 1997).

A despolitização, da qual trata Fleury, culmina na hegemonia do projeto societário capitalista que, em relação às políticas públicas, tem conseguido, em larga escala, obter cada vez mais o consenso da opinião pública em relação à privatização dos serviços públicos da saúde. Não é de se admirar que pessoas com emprego estável, mesmo quando possuem um apertado orçamento, fazem opção por planos de saúde particular, não mais confiando nos atendimentos da saúde pública, e o que é pior, legitimando a ideia de que o setor privado funciona melhor do que o setor público.

A partir dos anos de 1990, observa-se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal, e, apesar do texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes. A Reforma Constitucional da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil é um dos exemplos dessa aliança, pois, ao agendar a reforma da previdência, e não da seguridade, o governo intencionalmente fez o desmonte da proposta de Seguridade Social contida na Constituição de 1988. Seguridade virou previdência e esta se tornou seguro (BRAVO, 1999).

Em 1989 Fernando Collor de Mello (PRN) é eleito presidente e inicia uma política neoliberal-privatizante, com um discurso de reduzir o Estado ao mínimo com gastos públicos,

pois estes seriam efetivados com a privatização de empresas estatais, mas, na prática, a redução de gastos atingiu todos os setores do governo, inclusive o da saúde.

No período de 1991 a 2002 o governo edita as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB⁸). As Normas Operacionais Básicas foram editadas em 1991, 1993, 1996, 2001 e 2002.

Quadro 02 - Normas Operacionais da Saúde de 1991 a 2002, instituídas pelo Ministério da Saúde

Norma Operacional	Objetivo
Norma Operacional Básica 01/1991	Estabelece que os prestadores públicos e privados passariam a receber pagamento por produção de serviços; centraliza a gestão do SUS no nível federal; estabelece convênio através do qual os recursos federais são transferidos às demais esferas e para que possa ser municipalizado, o município é obrigado a criar conselhos e fundo municipal de saúde, ter um plano municipal de saúde aprovado pelo conselho e com detalhamento de programação e orçamentação da saúde.
Norma Operacional Básica 01/1993	Formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “A municipalização é o caminho”; cria transferência automática e regular do teto global para os municípios (financeiro); habilita os municípios como gestores; os Estados assumem o papel de gestor do Sistema Estadual de saúde.
Norma Operacional Básica 01/1996	Há um avanço no processo de descentralização; caracteriza as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos; redefine a competência de estados e municípios e cria o PAB (Piso da Atenção Básica).
Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001	Estabelece o Plano Diretor de Regionalização (PDR) que deveria permitir o acesso ao cidadão o mais próximo de sua residência dos serviços de assistência a saúde (pré-natal, parto, puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, promoção e prevenção de doenças, entre outros serviços).
Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2002	Estabelece limite financeiro da assistência de cada Estado e do DF, devendo ser programado e apresentado através de relação nominal dos municípios, com identificação da condição de gestão (se tem o comando único da média e alta complexidade) e as parcelas dos recursos financeiros destinados ao atendimento da população residente e das referências intermunicipais sob gestão estadual.

Fonte: Elaborado pela autora (2015), baseado na Legislação Federal da Saúde/Ministério da Saúde⁹.

⁸ Normas Operacionais básicas são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros.

⁹ Biblioteca Virtual em Saúde, disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/legislacao/legislacao.php>>. Acesso em: 26 abr. 2015.

Em 1992, após uma série de escândalos de corrupção, o Presidente Fernando Collor de Mello sofre um processo de Impeachment, resultado de meses de investigação parlamentar provocada por denúncias divulgadas pela imprensa, assumindo a presidência o então vice, Itamar Franco (PTB), de forma interina, entre outubro e dezembro de 1992, e em caráter definitivo em 29 de dezembro de 1992. O Brasil vivia um momento difícil: recessão prolongada, inflação, desemprego, etc. No governo de Itamar Franco foi elaborado o plano de controle inflacionário da Nova República: o Plano Real. Na área da saúde, o presidente Itamar não conseguiu equacionar o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.1.1 A Política Neoliberal no governo de FHC

Fernando Henrique Cardoso (PSDB - 1995-2002), no poder, se manteve implacável quanto à implementação do modelo neoliberal, atrelado à ideologia da globalização e da redução do “tamanho do Estado”. A crise de financiamento do setor saúde se agrava, e o próprio ministro da Saúde (1996) reconhece a incapacidade do governo em remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos, e de que a cobrança por fora é um fato. Busca-se uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde; Adib Jatene, então Ministro da Saúde, propõe a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF¹⁰ (POLIGNANO, 2001).

Após realização de intenso lobby junto aos congressistas, a CPMF foi aprovada e passou a vigorar a partir de 1997. E, apesar desta contribuição ter duração definida de vigência de um ano, vigorou até 2007. Nesse período houve denúncias sobre os desvios dos recursos da CPMF que, ao invés de serem aplicados na saúde, estariam cobrindo outros déficits do governo (POLIGNANO, 2001).

Em 1997 o governo FHC intensificou as privatizações de empresas estatais, como a Companhia Vale do Rio Doce, e colocou na agenda do Congresso Nacional a Reforma Previdenciária, administrativa e tributária na busca do chamado “estado mínimo” (POLIGNANO, 2001).

A crise de financiamento do SUS agrava a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passa a ser uma constante. Os hospitais

¹⁰ A Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) foi uma cobrança que incidiu sobre todas as movimentações bancárias — exceto nas negociações de ações na Bolsa, saques de aposentadorias, seguro-desemprego, salários e transferências entre contas correntes de mesma titularidade — e vigorou no Brasil por 11 anos. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

filantrópicos, especialmente as Santas Casas de Misericórdia, de todo o país tomam a decisão de criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina supletiva [...], o que implica numa diminuição de leitos disponíveis para o SUS (POLIGNANO, 2001, p. 28).

Os Hospitais Universitários também entram em crise, sendo forçados a reduzir o número de atendimentos e induzidos, pelo próprio governo, à privatização como solução para resolver a crise financeira do setor.

Para Montañó (1997), a privatização de empresas estatais significa um aspecto específico da não intervenção estatal: o Estado não deve participar, para os neoliberais, na atividade econômica com empresas públicas e, menos ainda, em alguns ramos essenciais da produção e de serviços, detendo o monopólio de certas atividades (telefonia, energia elétrica, combustíveis, segurança pública etc.). O autor pontua que a proposta é passar às mãos privadas o que era de propriedade pública.

O Estado, segundo surge das receitas neoliberais, não precisaria (nem deveria) investir tanto em atividades econômicas, o que leva a uma diminuição da arrecadação dada a redução da atividade econômica de empresas públicas, agora privatizadas, caindo, em definitivo, o montante dos recursos estatais (não gasta mas tampouco não ganha). [...] uma das conseqüências das privatizações de empresas estatais é a queda da arrecadação do Estado [...] não arrecada recursos minimamente suficientes para manter seus gastos. É nesse sentido que se propõe a redução do gasto público e particularmente, a diminuição dos recursos destinados às políticas sociais (MONTAÑO, 1997, p. 8).

O que parece estar claro com o processo acelerado e exitoso de privatizações das empresas estatais é que se trata de um modelo de Estado declaradamente voltado aos interesses do capital. Fomentar políticas que favoreçam o setor privado torna-se uma constante no ordenamento jurídico estabelecido desde meados dos anos de 1990 até os dias atuais.

Para Bravo (1994), a política neoliberal, no Brasil, foi responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. A Saúde se vinculou ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise; a refilantropização¹¹ é uma de suas manifestações, com a utilização de agentes

¹¹ Vivemos um movimento de refilantropização, que visa à substituição da lógica da cidadania, tendo como base o não reconhecimento dos direitos sociais historicamente conquistados, pois está alicerçada num discurso humanitário da solidariedade e da filantropia, alavancado por uma moralidade de ajuda aos necessitados. É preciso frisar ainda que esta perspectiva fortalece a lógica do favor em detrimento do direito (YAZBEK, 2001).

comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.

Bravo (1994) aponta que houve um comprometimento à possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa. Outro aspecto abordado pela autora se refere “a incontrolável corrupção”, gasta-se mal e pouco em saúde, comparado com os parâmetros internacionais.

Os mecanismos de participação social reagiram às tentativas de desmonte do SUS, mas não conseguiram evitar as estratégias neoliberais de terceirização, privatizações, recentralização dos processos decisórios, fragmentação dos recursos transferidos a Estados e Municípios (BARROS, 2004).

Para Barros (2004), outras questões também merecem destaque nesse governo, como o contingenciamento de recursos orçamentários, comprometendo a realização de programas na rede pública, o veto à Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO que asseguraria valores destinados à saúde e a desqualificação do Conselho Nacional de Saúde enquanto instância decisória.

[...] Assegurar a consolidação do sistema público universal de atenção à saúde corresponde a garantir o exercício do direito fundamental das pessoas – o direito à vida, contribuindo fortemente para a inclusão e a construção da cidadania. O gasto federal tem papel estratégico nessa tarefa, direcionando investimentos para a superação de desigualdades regionais e a construção da equidade no acesso à atenção de boa qualidade. [...] (BARROS, 2004, p. 183).

Após extenso período no poder, a popularidade do governo de FHC foi corroída no segundo mandato, quando ocorreram, em 1999, a crise cambial, com a consequente desvalorização do Real e, em 2001, o racionamento de energia, criando um cenário difícil para José Serra, candidato de FHC na disputa eleitoral. A maior parte do eleitorado estava disposta a votar em um candidato que representasse uma mudança nos rumos políticos do país, o que favorecia os candidatos de oposição, em especial Lula, que havia mantido uma posição crítica em relação ao governo FHC durante os 8 anos desta gestão. Outro fator negativo com relação a José Serra foi o fato do político não transmitir simpatia e representar a continuidade do governo FHC. Apesar de a campanha apresentá-lo como o “candidato da

mudança”, esse discurso se revelou pouco convincente, pois o eleitorado o identificava com o governo FHC (FIGUEIREDO; COUTINHO, 2003).

Após dois mandatos consecutivos (de 1995 a 1998 e de 1999 a 2002), termina a era FHC e é eleito Luiz Inácio Lula da Silva.

2.1.2 A Política de Saúde no governo de Lula a Dilma

O programa para a área de saúde, elaborado no governo de Lula (PT), trazia no seu contexto os direitos sociais compreendidos na Seguridade Social, devendo ser financiada por toda a sociedade. No documento que enfatiza a defesa da vida como um direito fundamental da pessoa humana, a meta do governo é garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde, sendo as principais propostas apresentadas: a garantia da descentralização na gestão do SUS, com fortalecimento da gestão solidária, através da organização de um Sistema Nacional de Informações em Saúde para suporte e monitoramento da gestão a atenção à saúde (BRAVO; MATOS, 2001).

Nas proposições do programa, a concepção de Seguridade Social não é assumida na perspectiva da Constituição de 1988. As áreas que compõem a Seguridade Social: Saúde, Assistência Social e Previdência Social são apresentadas separadamente, de forma fragmentada, sendo que apenas a saúde é compreendida na perspectiva da Seguridade Social. Outra questão é a não referência, no programa de governo, ao Projeto de Reforma Sanitária (BRAVO; MATOS, 2001), apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária.

Outro ponto a destacar no governo Lula, segundo Bravo e Matos (2001), é a precarização e terceirização dos recursos humanos, que se evidenciam a partir da ampliação da contratação de agentes comunitários de saúde e a inserção de outras categorias que não são regulamentadas: auxiliar e técnico de saneamento, agente de vigilância sanitária e agente de saúde mental. Para os autores, essa questão do desfinanciamento é séria, pois está diretamente articulada ao gasto social do governo e é a determinante para a manutenção dessa política focal.

Já desde o início do governo Lula, observa-se a manutenção da política macroeconômica do governo anterior e a subordinação das políticas sociais à lógica econômica.

No segundo mandato do governo Lula, o ministro da saúde escolhido é José Gomes Temporão, político que participou da formulação do Projeto de Reforma Sanitária nos anos de

1980. Apesar de o discurso de posse do ministro afirmar a necessidade do enfrentamento de algumas questões centrais, como: a concepção de Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Saúde do Trabalhador, apresenta proposições contrárias ao projeto de reforma sanitária, como a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, com a criação de Fundações Estatais de Direito Privado (BRAVO; MATOS, 2001).

Essa proposta das fundações serem regidas pelo direito privado tem seu marco na “contra-reforma” do Estado, de Bresser Pereira/FHC; a contratação de pessoal seria por CLT, acabando com o RJU (Regime Jurídico Único); não enfatizava o controle social, pois não previa os Conselhos Gestores de Unidades e sim Conselhos Curadores; não levava em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde; indo na contramão das proposições da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, realizada em 2006 (BRAVO; MATOS, 2001). Esta proposição foi rejeitada pelos movimentos sociais e em todas as conferências de saúde realizadas em 2007.

Após dois mandatos do governo Lula as propostas que procuram enfatizar a Reforma Sanitária não são viabilizadas, devido à falta de vontade política e financiamento.

O movimento sanitário, constituído de intelectuais da saúde coletiva e de alguns históricos que participaram de sua construção nos anos 1980, não tem se articulado com os demais movimentos sociais, como ocorreu no seu início. [...] A garantia da Seguridade Social universal, integral, com justiça social e equidade é um valor estratégico [...]. O universalismo deve implicar a garantia do acesso a todas as pessoas a partir do financiamento efetivo do Estado e não pode ser flexibilizado. [...] Considera-se fundamental esta agenda de mobilização e construção da consciência sanitária, pois só o aprofundamento da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura e a organização dos movimentos sociais poderão fazer face a crise estrutural do capitalismo. No Brasil tem-se como desafio ampliar a mobilização através de um amplo movimento de massas [...] (BRAVO; MATOS, 2001, p. 9-10).

Ao findar o oitavo ano de governo do Lula, ele lança a candidatura de Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT) (de 2011 à atual); tendo seu primeiro mandato de 2011 a 2014, sendo reeleita para o período de 2015 a 2018, seu governo herdou o compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS), originado na Constituição de 1988, de acesso universal e gratuito. Mas o governo tem também articulação com o setor de planos de saúde por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), demonstrando a existência de conflitos na política sanitária.

Ao vetar partes da Emenda Constitucional nº 29, pelo Decreto nº 7.508, de 2011, que a regulamentava, a União ficou numa situação confortável, ao se comprometer em gastar anualmente na saúde apenas o montante correspondente ao valor empenhado no ano anterior, acrescido do percentual da variação nominal do PIB¹², ao invés dos 10% da receita bruta federal demandada pelos demais entes federativos. Os Municípios e Estados destinam 12% e 15% da receita bruta, respectivamente, para o financiamento da saúde.

Em 1995, a União arcava com 64% do financiamento público, sendo que, em 2008, a participação federal caiu para 44% das despesas públicas. Essa falta de investimento tem acarretado um racionamento nas consultas especializadas, exames e cirurgias, impondo aos usuários longos períodos de espera.

De acordo com estudos de Soares e Santos (2014), a política de saúde no Brasil pode ser vista a partir do comportamento dos gastos em saúde, sendo observado um alinhamento de política, no que se refere ao financiamento, nos governos FHC, Lula e Dilma. No âmbito federal, os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) não diferiram dos governos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

Os autores observaram, no estudo, que os gastos em saúde não deram conta de atender o projeto da reforma sanitária dos anos 1980, que não se materializou devido às dificuldades e tensões do SUS (SOARES; SANTOS, 2014). Os gastos com saúde do governo federal praticamente não cresceram em relação ao PIB.

Para Soares e Santos (2014), é necessário dar continuidade à reforma do Estado, para que o subfinanciamento não inviabilize o SUS. Assim como ter clareza de que é a reforma do Estado, por dentro e por fora dele, que vai permitir a consolidação do sistema, com os princípios concebidos pelos atores da reforma sanitária e definidos constitucionalmente. O estudo revelou que o subfinanciamento do SUS é de fato uma política de Estado.

Conforme aponta Iasi (apud OLIVEIRA, 2015, p. 53), a experiência do Partido dos Trabalhadores (PT) não conseguiu se assemelhar ao socialismo real, como também não foi puramente socialdemocrata, pois, ao chegar ao governo, o PT não realizou a estratégia democrática e popular e as reformas contidas no programa de governo, nem executou um “projeto anticapitalista, antimonopolista, antilatifundiário e anti-imperialista”, sustentando o modelo econômico neoliberal.

Segundo Oliveira (2015, p. 69), no governo Lula (2003-2010) e Dilma Rouseff (2011-em curso):

¹² PIB - Produto Interno Bruto, soma de todas as riquezas produzidas no país, dividido pelo número de habitantes.

(...) a pobreza esteve/segue em voga e as políticas para o seu combate também. O sustentáculo dessa conjuntura é o chamado neodesenvolvimentismo, que atinge os demais países periféricos, em especial a América Latina, desde as primeiras décadas do século XXI. Traz em seu receituário conceitos como empreendedorismo, liberdade de oportunidades, combate à pobreza, desenvolvimento sustentável, justiça ecológica, capitalismo humano e como conteúdo ideológico o liberalismo social (...).

A perspectiva do neodesenvolvimentismo procede de uma tentativa do capitalismo em enfrentar mais um quadro crise, sendo que os efeitos perversos do avanço produtivo não seguem acompanhados de desenvolvimento social, fazendo surgir mais rapidamente as expressões da questão social (OLIVEIRA, 2015). Segundo a autora, os fundamentos do social-liberalismo são as sementes germinativas do neodesenvolvimentismo, e expressam uma nova etapa do neoliberalismo em seu processo de restauração.

Na pesquisa de Oliveira (2015), a autora traz a discussão se, nos governos do Partido dos Trabalhadores, a participação popular, após onze anos de gestão, está se concretizando de fato, questionando se a correlação de forças entre a sociedade civil e o Estado tem acumulado mais para os interesses populares ou para o capital. Se esses espaços ainda têm algo a contribuir para uma participação real e efetiva, e não apenas um recurso gerencial utilizado pelos governos para legitimar o seu projeto.

Na minha prática junto ao Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, tenho observado um engessamento da participação de seus representantes, um acúmulo de resoluções para legitimar as deliberações, votadas na sua maioria como pauta de urgência, para minimizar os efeitos de uma política estática que não tem contribuído para melhoria da saúde e nem permitido uma participação mais efetiva dos conselheiros.

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE EM MATO GROSSO

Mato Grosso se colocou como prioridade no plano das políticas e das metas do governo, a partir de 1995, com o desafio de implementar a descentralização da atenção e da gestão, dos recursos e das ações e serviços de saúde, através de um processo articulado de cooperação técnica e parceria com os municípios. Esta política atendia a orientação do Plano Estratégico do Governo, que havia definido 15 (quinze) microrregiões no território estadual, para a implantação de políticas econômicas e sociais (MATO GROSSO, 2002).

No período de 1995 a 2002, governava Mato Grosso Dante Martins de Oliveira, autor da campanha “Diretas Já”. Filiado ao Partido Democrático Trabalhista - PDT até 1999. Reeleito para o período de 1999 a 2002 pelo Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB.

Os municípios aderiram à descentralização, assumindo as ações e serviços que antes eram realizados pelo Estado, mas os recursos financeiros para o desenvolvimento destes eram escassos, inviabilizando o atendimento integral ao usuário do SUS.

O processo de municipalização da saúde em Mato Grosso necessita da presença ativa do Governo Estadual em diversas áreas: no planejamento e programação das ações supra municipais/regionais; na definição das prioridades e no investimento direto, sobretudo para a expansão da rede pública; na capacitação de recursos humanos; no apoio e na cooperação técnica para a implantação de novos modelos assistenciais. A recuperação da capacidade de intervenção do Governo Estadual no processo de descentralização será priorizada através de duas estratégias complementares: a cooperação técnica e o planejamento e a gestão regionalizados, tendo como referência os atuais Pólos Regionais de Saúde e as 15 microrregiões definidas pelo Plano Estratégico e de Metas do atual Governo. (MATO GROSSO, 2002, p. 14).

Para consolidar a estratégia do governo foram priorizadas: – a transferência aos municípios da lógica da programação à saúde, através do apoio para a implementação das ações básicas de vigilância à saúde; – apoio à construção de novos modelos assistenciais e gerenciais, a partir dos problemas priorizados nos próprios municípios; – apoio à implantação dos processos de planejamento, controle e avaliação permanente, tendo como referência os indicadores de impacto das ações; – apoio à implantação dos mecanismos de gestão colegiada; – apoio à implantação dos sistemas municipais de informação em saúde; – recuperação do papel dos Polos Regionais de Saúde como espaço privilegiado para a operacionalização da cooperação técnica, do planejamento e da programação regional, das parcerias Estado/municípios, da operacionalização do sistema de referência, etc.; – interiorização e regionalização da prestação direta de serviços assistenciais de referência, por parte do Governo Estadual; – descentralização e regionalização do processo de capacitação de recursos humanos (MATO GROSSO, 2002).

A estratégia do Governo, de auxiliar os municípios na construção de novos modelos assistenciais, se deparou com alguns problemas. A maioria dos municípios não tinha a cultura do planejamento, assim como equipamentos para dar suporte a um sistema de informações que exigia uma logística de computadores. Com relação à capacitação dos recursos humanos, outro ponto foi desfavorável: a rotatividade de servidores, por não serem efetivos.

Era necessário que a Secretaria de Estado de Saúde, frente ao seu novo papel de cooperação técnica com os municípios e de responsável pela condução do Sistema Estadual de Saúde no Estado, estruturasse o setor para responder aos desafios colocados ao SUS/MT; ao tempo que procurasse viabilizar o espaço político para a implantação das ações regionais, buscou-se uma maior aproximação entre o gestor estadual e os municípios, visando ao resgate e fortalecimento do papel do gestor municipal (MATO GROSSO, 2002). A Secretaria Estadual de Saúde adotou como estratégia a realização de trabalho de cooperação técnica, para estruturação dos sistemas municipais do ponto de vista gerencial (como, por exemplo, apoio para estruturar os Conselhos e os Fundos Municipais de Saúde, a realização de dois cursos de capacitação de gestores municipais, entre outras ações).

O fortalecimento dos gestores municipais é fundamental, mas há necessidade de conselhos ativos para o acompanhamento dos recursos destinados às políticas de saúde, e, desde o início da criação dos conselhos no interior de Mato Grosso, estes se mostraram frágeis em sua composição, mesmo porque o presidente era o próprio Secretário de Saúde, ordenador de despesas da saúde.

Iniciou-se também a organização de estruturas e instrumentos de planejamento e gestão no espaço regional. No período de 1995 a 1999 a Secretaria de Estado de Saúde pautou sua atuação pela recuperação do papel e fortalecimento dos Escritórios Regionais de Saúde¹³, e pela criação e implementação de Comissões Intergestores Bipartites – CIBs, em todas as Regionais de Saúde. As CIBs funcionavam como espaço privilegiado de interlocução do Estado com os municípios para negociação e pactuação ao enfrentamento das questões regionais (MATO GROSSO, 2002).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS¹⁴ foram articulados com o objetivo de serem facilitadores da regionalização de especialidades médicas e serviços de referência de imagem, de métodos gráficos e outros exames e terapias, até então não disponíveis pelo SUS no interior do Estado, superando em parte a grande dificuldade de acesso da população e a peregrinação para a capital do Estado, foram implantados vários modelos de Consórcios, em um esforço conjunto entre Estado e Municípios (MATO GROSSO, 2002).

Um problema identificado com relação aos consórcios municipais foi a AIH (Autorização de Internação Hospitalar), pois este sistema já previa uma cota de autorizações

¹³ Em 2001 os Polos Regionais de Saúde passaram a ser chamados de Escritórios Regionais de Saúde.

¹⁴ Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) surgiram contexto da regionalização e hierarquização da rede de serviços como principal estratégia para a articulação e mobilização dos municípios com o objetivo de viabilizar o acesso da população a diferentes especialidades e serviços. No Brasil, os CIS constituíram-se, no princípio dos anos 80 no Estado de São Paulo. No ano de 2008 estava constituído em 12 estados, totalizando 176 CIS. No Mato Grosso a criação dos CIS se iniciou no ano de 1995.

para o município que iria realizar o atendimento do paciente e, muitas vezes, o município do consórcio solicitava a AIH do município de origem do paciente, gerando duplicidade de AIH, e o SUS arcava duas vezes com o pagamento.

Já na atenção primária¹⁵, priorizaram-se o incentivo financeiro e a cooperação técnica para a implantação, organização e a capacitação das equipes de Saúde da Família, uma estratégia de reorganização do modelo de atenção primária, centrada no local de moradia e na vinculação do profissional com o indivíduo e a família, constituindo-se a base do Sistema de Saúde, permitindo a estruturação de uma rede hierarquizada em níveis de complexidade de ações e serviços, e mecanismos de regulação do acesso (MATO GROSSO, 2002).

A atenção primária deve ser priorizada por todos os governos, pois trabalha a prevenção e promoção do usuário, mas necessita de maiores investimentos, não só na implantação de novas equipes como também na manutenção dos serviços através do fornecimento de materiais de consumo, medicamentos básicos; nem todo gestor se preocupa em fortalecer estes serviços, o que leva usuários ao adoecimento, ampliando as filas nos serviços de atenção secundária e terciária, gerando maiores gastos.

De 2003 a 2010, Mato Grosso passa a ser comandado pelo Governador Blairo Maggi, do Partido Popular Socialista (PPS), mas desfilou-se do PPS para apoiar a reeleição do presidente Lula em 2006, migrando para o Partido da República (PR).

Em 2006 houve a implantação do Pacto pela Saúde, com três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS –, o que desencadeou a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, inovando seus processos e instrumentos de gestão visando a maior qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefinindo responsabilidades coletivas por resultados sanitários, em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (MATO GROSSO, 2010).

Fazia-se necessário fortalecer o SUS, através dos municípios, para a gestão integral da atenção primária, da microrregionalização para a média e alta complexidade e do Estado como co-partícipe e co-financiador desses sistemas, e de garantidor da atenção de referência estadual, garantindo o acesso ao SUS a todos os cidadãos, sendo a atenção primária a porta de entrada para os demais níveis de complexidade, com resolubilidade da atenção em todos os

¹⁵ Atenção Primária de Saúde: Estabelece todas as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde em um território definido e é de responsabilidade do município.

Atenção Secundária: É prestada por meio de uma rede de unidades especializadas – ambulatorios e hospitais, garantindo o acesso à população sob sua gestão.

Atenção Terciária: É a atenção da saúde de terceiro nível, integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade.

níveis, incorporação da prática do acolhimento humanizado do usuário e a qualidade do serviço prestado (MATO GROSSO, 2010).

O Pacto pela Saúde integrou novos instrumentos de planejamento como o PDR (Plano Diretor de Regionalização), o PDI (Plano Diretor de Investimentos) e a PPI (Programação Pactuada e Integrada) para execução e controle dos pactos estabelecidos entre os entes federados. O PDI dimensionava os recursos financeiros necessários para atingir os objetivos da organização regional, expressa no PDR. Estes instrumentos deveriam ser elaborados a partir das diretrizes determinadas no Plano de Saúde, mas nem todos os municípios tinham a prática da elaboração do seu plano de saúde, o que era um desafio para o Estado, ainda mais porque deveria haver coerência com os novos instrumentos do pacto.

Até a década de 1990, o financiamento público da Saúde no Brasil se dava quase que totalmente com os recursos provenientes da esfera federal. A partir de 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, estados e municípios passaram a ter maior participação no financiamento da saúde no Brasil. O Estado de Mato Grosso aumentou gradativamente o percentual de aplicação de recursos próprios em saúde, porém, existe uma divergência quanto ao percentual aplicado. O Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS apresenta valores inferiores ao preconizado pela Emenda Constitucional nº 29 e a Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde pelo Estado de Mato Grosso (MATO GROSSO, 2010).

Para a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MT), um dos motivos desta divergência é que, para o efeito do Balanço, o pagamento de inativos e pensionistas da SES-MT foi considerado como aplicação em saúde até junho de 2006, e também, em virtude de um acórdão do Tribunal de Contas do Estado que exclui da base de cálculo da vinculação constitucional de recursos próprios aplicados em saúde: Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF, Multa, Juros de Mora de Imposto e Dívida Ativa de Impostos e as Compensações Financeiras - Lei Kandir 87/96 (MATO GROSSO, 2010).

Do período de 2000 até 2003 os recursos próprios aplicados pelos municípios foram superiores aos recursos próprios aplicados pelo Estado. Já, no período de 2004 a 2005, esta relação se inverte, e o Estado passa a aplicar um montante superior, se aproximando dos valores preconizados pela EC-29, de 12% de sua receita de impostos e transferências constitucionais e legais. Em 2006 ambos aplicaram valores semelhantes, e em 2007 o estado passa a aplicar um valor superior. Por outro lado, a participação dos recursos provenientes do Ministério da Saúde decresce percentualmente a partir de 2001 (MATO GROSSO, 2010).

Dados da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), em publicação de abril de 2009, comprovam a afirmação acima, apontando que a União teve uma participação no financiamento do SUS em 1990 de 72,70%, em 2000 de 59,80% e em 2005 de 49,90%; já o Estado teve em 1990 uma participação de 15,40%, em 2000 de 18,50% e em 2005 de 23,10% e os municípios ampliaram sua participação, pois em 1990 era de 11,80%, em 2000 subiu para 21,70% e em 2005 para 27,00%.

Com as novas diretrizes implementadas pelo Pacto pela Saúde, esta fonte de recursos tende a declinar em ritmo mais acelerado, uma vez que, a partir da assinatura e homologação dos termos de compromissos pelos municípios, todos passam a condição de gestores plenos do sistema dentro das suas responsabilidades pactuadas, recebendo diretamente os recursos provenientes do Ministério da Saúde, na forma de repasse fundo a fundo (MATO GROSSO, 2010).

A descentralização dos serviços para os municípios e a assinatura de novos compromissos com o Pacto pela Saúde sobrecarregam os cofres municipais que passam a ter que investir cada vez mais nos serviços de saúde do município, quando são comprometidos, pois o que vemos, na maioria dos municípios do Brasil, são unidades sucateadas, falta de materiais, medicamentos e profissionais, e a população cada vez mais desassistida. Tanto o Estado quanto a União estão se isentando dos compromissos com a saúde.

Como já citamos, no governo tínhamos Blairo Maggi, que apoiava o governo federal, e na prefeitura o prefeito Wilson Santos, filiado ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), oposição ao governo Lula e Dilma.

As dificuldades de financiamento da rede de serviços de saúde, especialmente da média e alta complexidade agravadas pelo encarecimento progressivo da assistência à saúde, a fragmentação dos serviços, o aumento crescente das doenças crônico-degenerativas, a necessidade de fortalecer cada vez mais a atenção primária e desenvolver estratégias para governança e gestão efetiva das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tornam imprescindíveis o desenvolvimento de mecanismos de planejamento; “o desafio do SUS em Mato Grosso na assistência à saúde é dispor de uma rede própria funcionando de modo eficiente e com qualidade. Esse é um dos requisitos para a SES-MT exercer adequadamente o seu papel regulador do sistema de Saúde” (MATO GROSSO, 2010, p. 81).

O SUS vem recriando permanentemente por meio de reformas incrementais, novas formas de gestão acordadas pelos três entes federativos, sendo assim são inegáveis os avanços do SUS tanto na oferta de serviços de saúde para a população, quanto na sua gestão. Nesta perspectiva, o Decreto nº 7.508/2011

e a Lei Complementar nº 141/2012 proporcionaram avanços quanto a: maior transparência na gestão do SUS, mais segurança jurídica nas relações dos três entes federativos e maior controle social. (MATO GROSSO, 2013, p. 156).

A melhoria da gestão da saúde ainda é um desafio para o Sistema Único de Saúde no Brasil e para o estado de Mato Grosso. Para superar este desafio é necessário implementar ações relativas ao planejamento, financiamento, participação e controle social, gestão do trabalho, gestão regionalizada, educação em saúde, dentre outras.

O Estado de Mato Grosso dispõe, em sua divisão político administrativa, de 16 regiões de saúde, espaços estratégicos para a gestão e o desenvolvimento integrado das Políticas de Saúde. Nessas regiões de saúde, encontram-se os 16 Escritórios Regionais de Saúde (ERS), que respondem pela condução da política estadual de saúde em nível regional e pela coordenação e articulação técnica e política junto aos municípios de abrangência (MATO GROSSO, 2013).

A gestão compartilhada, neste espaço regional, desempenha um importante papel e, se realiza por meio dos Colegiados Gestão Regional (CGR) que se constituem para cada região de saúde como um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva; dentre os desafios para implementação do SUS, o financiamento tem se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras (MATO GROSSO, 2013).

Nos últimos anos, ajustes foram colocados em prática para ampliar o financiamento do SUS por parte da união, estados e municípios e, com isso, minimizar as iniquidades na área da saúde; assim, no ano de 2000, foi editada a Emenda Constitucional nº 29 que estabeleceu que as esferas de governo devessem aplicar um percentual mínimo de suas receitas em ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo inclusive as bases de cálculo para estes recursos; com a aprovação da EC-29/2000 o problema do financiamento da saúde não estaria resolvido, fazendo-se necessária a sua regulamentação, a qual só foi efetivada com a edição da Lei Complementar nº 141/2012 (MATO GROSSO, 2013).

A Lei Complementar nº 141/2012, no Capítulo III, dispõe sobre a aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde e fixa aos estados uma aplicação mínima anual, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da

arrecadação dos impostos, garantindo definitivamente o que já preceituava a EC nº 29/2000. Outro aspecto relevante da Lei Complementar nº 141 é que, em seu artigo 3º, trouxe a definição do que são despesas com saúde, ou seja, o que deve ser considerado como ações e serviços de saúde para efeito de financiamento.

Apesar de a Lei Complementar nº 141 ter sido sancionada em 2012, percebe-se a pouca importância dada a ela, só recentemente os conselhos estão mais atentos, pois reforça as suas atribuições específicas, os conselheiros devem exercer seu papel no processo de fiscalização, avaliação e controle das despesas com ações e serviços públicos de saúde; esta Lei também aponta que no setor público nada pode ser feito sem lei que autorize, diferentemente do setor privado, onde tudo pode ser feito desde que a lei não proíba. Quanto à movimentação financeira dos recursos vinculados ao financiamento, esta deverá ser realizada pelos fundos de saúde, e o que se percebe é a falta de familiaridade dos conselheiros com relação a este tema.

Mato Grosso, nos últimos anos, aumentou gradativamente o percentual de aplicação de recursos estaduais próprios em saúde, qualificando os gastos; a fim de que se evite a má aplicação dos recursos, porém, é explícito que o montante despendido com saúde no Brasil está bem abaixo dos padrões recomendados pela Organização Mundial da Saúde, uma vez que o que se compromete nesta área é proporcionalmente menor do que os recursos que outros países, até mais pobres que o Brasil, destinam para o setor de saúde, evidenciando-se o problema do subfinanciamento, havendo necessidade de aumento dos recursos públicos para financiar a saúde pública brasileira (MATO GROSSO, 2013).

Um fator essencial neste processo de acompanhamento da gestão da saúde é a participação da sociedade, no âmbito do SUS, para garantir a transparência e a efetividade no acesso e atendimento das necessidades da população por meio do sistema estadual de saúde. Assim, o Conselho de Saúde se torna a principal instância de controle do SUS e deve refletir os anseios da sociedade, possibilitando um controle efetivo das ações de saúde realizadas pelos gestores, apoiando-se ainda nas demandas e ações empreendidas pelas Ouvidorias, que têm a função de apoiar as avaliações da gestão pública que se processam nas opiniões geradas pelos usuários dos serviços públicos de saúde. Junto a essas instâncias, a Auditoria Geral do SUS também exerce um papel fundamental, pois medeia os processos de controle e adequação do sistema de saúde para alcançar os deveres do estado junto à sociedade, assim como os colegiados de gestão (MATO GROSSO, 2013).

Mato Grosso vem investindo na ampliação e fortalecimento das instâncias de participação social, por intermédio da implementação dos processos de gestão do SUS,

através das Conferências de Saúde, Conselhos e Ouvidorias do Conselho Estadual de Saúde e Setorial na Secretaria de Estado de Saúde e em seus municípios. O objetivo maior é o fortalecimento desses órgãos colegiados na busca da resolubilidade e melhoria da qualidade dos serviços e ações de Saúde.

Assim, com o propósito de fortalecer as políticas de participação e controle social do SUS junto às unidades municipais de modo a promover uma gestão estratégica e participativa, a direção do SUS estadual vem somando esforços com as representações do controle social nas 16 regionais de saúde – as instâncias de pactuação colegiada que representam a gestão da saúde dos 141 municípios mato-grossense propiciando negociações de interesse coletivo e consequentemente a edição de normas regulamentadoras do sistema de saúde e a implantação e acompanhamento de programas e projetos [...] (MATO GROSSO, 2013, p. 164).

Nos últimos anos temos constatado um desgaste e desvalorização das instâncias de controle social por parte dos gestores; os conselhos, instituídos a partir da Constituição de 1988, não têm proporcionado uma efetiva participação da sociedade, pois a participação envolve a possibilidade de influenciar as políticas de saúde de forma a impactar positivamente na melhoria de vida da população. Os conselheiros exercem um papel fundamental, mas, muitas vezes, não conseguem opinar e propor sobre assuntos discutidos na plenária; as comissões temáticas que trabalham as questões financeiras não possuem conhecimento contábil para acompanhar a aplicação dos recursos para que não haja desvios ou má aplicação. A participação nos conselhos, hoje, acontece de forma voluntária e qualquer pessoa pode participar das reuniões acompanhando, opinando e discutindo os temas em pauta, porém, para ter direito a voto nas deliberações internas dos conselhos, é necessário passar por um processo de escolha ou delegação para se tornar conselheiro; as instituições representadas nos conselhos nem sempre encaminham aqueles que poderiam contribuir de forma mais efetiva.

2.3 O PERCURSO DA SAÚDE EM CUIABÁ

Em 08 de abril de 1719 nasce Cuiabá, em decorrência da expansão das bandeiras em busca de riquezas e da conquista de novas fronteiras. Em 1977, passa a capital de Mato Grosso, pela Lei Complementar nº 31, de 11 de outubro de 1977, iniciando assim sua expansão como centro econômico, sendo hoje um dos municípios brasileiros que mais crescem. Situada na Região Centro-Oeste do Brasil, possui uma área de 3.538,17 km². “Sua urbanização teve início no final dos anos 30, intensificou-se na década de 60, quando passou

para a condição de polo de apoio à ocupação da Amazônia Meridional Brasileira, sendo chamada de 'Portal da Amazônia' (CAMPOS, 2009, p. 91, grifo do autor).

Cuiabá faz limite ao Norte com Rosário Oeste, a Noroeste com Acorizal, ao Sul com Santo Antônio do Leverger, a Leste com Campo Verde e a Noroeste com Chapada dos Guimarães (CUIABÁ, 2008). Em 2008, a estimativa populacional era de 544.737 habitantes (IBGE/DATASUS), sendo 48,5% homens e 51,5% mulheres, sendo que a população residente na área urbana corresponde a 98,5% e 1,5% na área rural. A população geral de Cuiabá se encontra assim distribuída por regiões: 29,0% se encontram na Regional Leste, 24,5% na Regional Sul, 23,0% na Regional Oeste e 22,0% na Regional Norte (IBGE/ 2007/ IPDU-Perfil Socioeconômico, volume III, 2007).

O Sistema de Serviços de Saúde de Cuiabá compõe a Micro Região Estadual denominada Baixada Cuiabana que congrega 11 (onze) municípios (Acorizal, Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Santo Antônio do Leverger, Várzea Grande, Poconé, Nova Brasilândia, Planalto da Serra, Nossa Senhora do Livramento, Jangada e Cuiabá). Possui como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde, criada pela Lei Complementar nº 94, de 03 de julho de 2003, em substituição à Fundação de Saúde de Cuiabá (FUSC), extinta em 2003 (CAMPOS, 2009).

Cuiabá, por ser capital, atende pessoas dos diversos municípios do interior, como também da Bolívia que faz fronteira com Cáceres. Por ter uma estrutura física, estrutural e financeira, pois foi o primeiro município a conquistar a Gestão Plena do Sistema de Saúde, ou seja, gerir os recursos destinados à saúde da população Cuiabá, desde então vem desenvolvendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação. Com a descentralização comandada pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, passou a ser referência de procedimentos de média complexidade (especialidades, exames, como RX, Ultrassom) e de alta complexidade, como as cirurgias e exames mais especializados, como a ressonância magnética.

De 1986 a 1988, em Cuiabá houve condições políticas de incorporar diretrizes do movimento sanitário à política municipal de saúde e reorganizar o sistema municipal de saúde. Nesse período, a rede própria de serviços de saúde foi ampliada e implantada a concepção de gestão e de atenção à saúde de forma descentralizada e hierarquizada em distritos sanitários; foi ainda efetivada a constituição de conselhos interinstitucionais como forma de democratização das decisões do setor saúde (SPINELLI et al., 2008).

Em 1988, no então Governo Municipal de Dante de Oliveira, o secretário de Saúde, o Dr. Julio Muller Neto, revoluciona Cuiabá, colocando em prática a proposta de Eugênio

Vilaça Mendes; a capital é dividida em quatro distritos sanitários: norte, sul, leste e oeste, com uma equipe de diretor, coordenador e técnicos responsáveis em conhecer e compreender a área geográfica, e sua população com características epidemiológicas e sociais. Mas, apesar deste modelo demonstrar eficiência quanto ao atendimento das reais necessidades da população, ele foi sendo descaracterizado, pois os cargos, assumidos anteriormente por técnicos qualificados, foram substituídos nas gestões posteriores por pessoas indicadas pelos partidos de apoio à gestão.

Na década de 1990, segundo Spinelli et al. (2008), a gestão do sistema de saúde em Cuiabá foi marcada por idas e vindas, decorrentes das alterações na legislação municipal da saúde, que substituíram as diretrizes anteriores da organização do modelo assistencial e de gestão por orientações genéricas da política de saúde. Nessa contextura, ocorreu a extinção de eleição direta de gerentes de unidades de saúde¹⁶, retorno às práticas clientelistas, loteamento de cargos a partidos políticos, precarização do trabalho e foco na assistência curativa, reforçando a hegemonia dos serviços privados credenciados.

Com a municipalização, Cuiabá assume as unidades que eram gerenciadas pelo Estado, amplia-se a rede de serviços, mas não há ampliação dos recursos de custeio. Apesar disso, implantam-se vários novos serviços, como a central de regulação, para resolver o problema da marcação das especialidades e exames, além das internações. Um ponto importante a ressaltar é a implantação da Ouvidoria do SUS, para escuta das denúncias e reclamações dos usuários; a princípio ela seria um braço do Conselho de Saúde, mas não se efetivou dessa forma no início, muitos ouvidores que assumiram o cargo, mesmo por eleições, eram indicações do secretário da pasta, que pessoalmente fazia a campanha de seu candidato, ligando para os conselheiros.

Com a implantação dos novos serviços e a crise de financiamento, Cuiabá chegou a ficar um mês descredenciada da Gestão Plena do Sistema (1999), mas que logo foi revertida por interferência da Secretaria de Estado de Saúde e das instâncias de controle social como os Conselhos Municipal e Estadual de saúde.

Em 2001, com a reeleição do prefeito Roberto França (PSDB), os novos dirigentes da saúde avaliaram a saúde no município como ingovernável, decorrente do clientelismo e pela desconcentração administrativa em distritos sanitários, além do (des) financiamento do setor.

¹⁶ Durante o mandato de Roberto França (PSDB) na prefeitura de Cuiabá (1997-2000), e o Sr. Bento Porto à frente da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, os gerentes dos Centros de Saúde eram eleitos por representantes de organizações não governamentais, igrejas, funcionários dos Centros de Saúde e da Fundação de Saúde de Cuiabá (FUSC). Os gerentes tinham uma gestão de dois anos, o salário era de R\$ 850,00 e a função deles era coordenar toda a parte administrativa e funcional das unidades.

Em consequência, a SMS adotou medidas que visaram à centralização administrativa, extinguindo os distritos sanitários e fortalecendo a gestão da rede pública, com a reorganização da atenção básica e da média complexidade. Foram realizados novos investimentos que resultaram na expansão da rede própria, implantação dos centros de apoio psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, além da implantação da central de regulação, em parceria com a SES. Desse modo, a SMS melhorou o monitoramento e o controle dos contratos com o setor privado, contando com o apoio da SES que, nesse mesmo período, priorizava a expansão da atenção básica através da estratégia da saúde da família e da regionalização da saúde no Estado por meio de consórcios intermunicipais (SPINELLI et al., 2008, p. 108).

O SUS/Cuiabá vivencia a adesão ao Pacto pela saúde em 2007, sendo aprovado no CNS, em 09/02/2006, e publicado em portaria GM/MS nº 399, de 22/02/2006, como uma tentativa do SUS de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, e possibilitar maior autonomia dos entes federados (CAMPOS, 2009).

O Pacto pela Saúde possui três dimensões, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida visa definir e pactuar as metas locais, definir estratégias para alcançar estas metas, instituir um processo de monitoramento. Já o Pacto em Defesa do SUS pretende discutir nos conselhos municipais e estaduais estratégias para implantação das ações respectivas no estado, garantir financiamento de acordo com as necessidades do sistema regulamentando a EC nº 29, pelo Congresso Nacional, priorizar espaços com a sociedade civil para repolitização da Saúde como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, promover a Cidadania como estratégia de mobilização social, divulgar a Carta de Direitos dos Usuários do SUS (CAMPOS, 2009, p. 95).

Nos anos de 2005 a 2012, o prefeito eleito Wilson Santos (PSDB) tinha em sua proposta de governo políticas para o desenvolvimento social e a saúde; no primeiro mandato houve alguns avanços e direitos dos trabalhadores reconquistados, como o salário em dia; o estafe da gestão era composto por profissionais comprometidos com o SUS, mas, no segundo mandato os compromissos assumidos na campanha levaram o governo a retornar à prática do clientelismo, políticos encaminhavam seus indicados para assumirem os cargos de direção e assessoramento. A situação se complica ainda mais quando o prefeito sai do município para se candidatar a governador, perde as eleições e deixa um vice, comprometido com o privado, para gerenciar a capital; este governo foi sendo marcado por instabilidades na gestão do setor saúde.

Este período de gestão sofreu forte interferência político-partidária do executivo e do legislativo municipal, através das nomeações para os cargos dirigentes e técnicos, o que gerou trocas sucessivas de secretários e gestores estratégicos, com predominância de empresários do setor saúde. Com isso observa-se privilegiamento do foco na gestão da atenção especializada e na complementariedade de serviços privados ao SUS, concomitante a deficiências na implementação da política de recursos humanos, o que tem levado a práticas clientelistas na contratação de pessoal, precarização dos vínculos de trabalho e eclosão de greves dos profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2013, p. 34).

Em 2011, em virtude do movimento deflagrado pela atuação política do governo estadual em contratar Organizações Sociais para administrar hospitais regionais do Estado, procedimento semelhante ocorreu no município, com a participação de terceiro setor (empresa privada) na gestão do Pronto Socorro Hospital Municipal, conforme notícias veiculadas na mídia. Este fato desencadeou movimentos e manifestações públicas de resistência por parte do Conselho Municipal de Saúde, dos profissionais, universidades e Ministério Público, com apoio de alguns parlamentares do legislativo municipal e estadual, gerando tentativas de negociações políticas partidárias para (re) estadualização de serviços de saúde municipalizados, revogação de legislação da cessão de profissionais do SUS para implementação da municipalização, exigindo-se o retorno imediato aos respectivos órgãos de origem (OLIVEIRA, 2013).

Percebe-se, nesse período, que a situação de Cuiabá não diferia das outras realidades brasileiras, mas que, apesar de fragilizados, os conselhos de saúde foram também responsáveis pela resistência e defesa do SUS.

Para Paim (2002), a organização dos sistemas de saúde é um processo historicamente construído no cotidiano e na interação entre os sujeitos envolvidos, numa dinâmica de conflitos de ideias e de disputas por projetos políticos, e, quando os projetos são comprometidos com os princípios do SUS, têm-se maiores possibilidades de gerir estratégias inovadoras para os avanços necessários na implementação do sistema de saúde.

Segundo Campos (2009), a forma como a rede de serviços de saúde está organizada dificulta o alcance de melhores resultados e de maior acesso da população, é importante que haja no município estudos que viabilizem a superação dos modelos de atenção fragmentados e centrados em práticas curativas e individualistas, e proponha outras práticas que busquem a integralidade da atenção a saúde. Para que isso seja alcançado é preciso uma gestão pública eficiente, comprometida com melhores resultados para a saúde, a partir do fortalecimento de uma SMS com condições estruturais, técnicas e financeiras (CAMPOS, 2009).

Em 2013 é eleito o prefeito Mauro Mendes (PSB); sua proposta de governo era baseada no permanente aperfeiçoamento e consolidação do SUS, reafirmando os princípios fundamentais de universalização, integralidade e equidade da atenção à saúde da população de Cuiabá, a partir da gestão humanizada e de qualidade. Mas, o que se tem vislumbrado na prática cotidiana é um governo centralizador, clientelista. Os salários estão em dia, mas o trabalhador do SUS não pode subir as escadas do Palácio Alencastro para verificar sua vida funcional, o trabalhador não está sendo avaliado pela qualidade do seu serviço, basta apenas se fazer presente na unidade de saúde.

Percebe-se, nos últimos anos, a falta de manutenção e investimento na área da saúde em Cuiabá; apesar das ampliações, reformas e serviços estarem previstos no plano municipal de saúde, no plano plurianual, o que se visualiza nas unidades de saúde é o sucateamento, falta de equipamentos, profissionais de saúde desqualificados para um atendimento humanizado à população. As empresas contratadas para construção de novas unidades e/ou reformas não são fiscalizadas, o que culmina com trabalhos mal feitos, persistindo os mesmos problemas, como as infiltrações nas paredes, além de forros caindo nas salas de consulta, assim como vários outros problemas, como a falta de medicação básica para hipertensos e diabéticos.

Em 2015 Cuiabá realizou sua 11ª Conferência Municipal de Saúde; já vislumbra-se nas deliberações apontadas as mesmas dos anos anteriores, pois não há uma avaliação e nem mesmo uma cobrança dos órgãos de controle social com relação à efetivação das propostas constantes nos relatórios finais das conferências. Este panorama reforça a necessidade de termos um conselho de saúde atuante, participativo e deliberativo.

3 CONSELHOS ENQUANTO ESPAÇO DE LUTA

No terceiro capítulo faço um breve histórico sobre os conselhos, abordando os conselhos gestores e, em especial, o Conselho de Saúde de Cuiabá, e apresento os resultados e discussões da pesquisa em três partes: na primeira, a caracterização dos conselheiros de saúde de Cuiabá; na segunda, a organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; e na terceira, a atuação e o desempenho dos conselheiros.

3.1 CONSELHOS: BREVE HISTÓRICO

Conselho vem do latim *Consilium*. Por sua vez, *consilium* provém do verbo *consulo/consulere*, significando tanto ouvir alguém quanto submeter algo a uma deliberação de alguém, após uma ponderação refletida, prudente e de bom-senso. Trata-se, pois, de um verbo cujos significados postulam a via de mão dupla: ouvir e ser ouvido. Obviamente a recíproca audição se compõe com o ver e ser visto e, assim sendo, quando um Conselho participa dos destinos de uma sociedade ou de partes destes, o próprio verbo *consulere* já contém um princípio de publicidade (CURY, 2000, p. 47).

Conselhos, como formas primitivas e originais de gestão dos grupos sociais, já existiam, há quase três milênios, no povo hebreu, nos clãs visigodos e nas cidades-Estado do mundo greco-romano, conforme registros históricos. Na Bíblia encontra-se um registro de que a prudência aconselhara Moisés a reunir 70 anciãos ou sábios para ajudá-lo no governo de seu povo, dando origem ao Sinédrio, o Conselho de Anciãos do povo hebreu (BRASIL, 2004).

Os conselhos de anciãos das comunidades primitivas se fundavam no princípio da sabedoria e do respeito advindos da virtude, e foram sendo gradativamente substituídos, nos Estados-nacionais, por conselhos de beneméritos, ou notáveis, assumindo caráter tecnocrático de assessoria especializada no núcleo de poder dos governos. O critério era escolher entre eles os mais sábios, os melhores dos homens bons que demonstravam respeito, liderança na comunidade; esses critérios foram sendo gradativamente substituídos pelo poder de influência, seja intelectual, econômico ou militar e, ao longo do tempo, o critério dos mais sábios é contaminado pelos interesses privados das elites, constituindo os conselhos de notáveis das cortes e dos Estados modernos (BRASIL, 2004).

Pode-se conceber “conselho” como coletivos organizados da sociedade civil, utilizados na gestão pública; pesquisadores afirmam que os conselhos são criação antiga como a própria democracia participativa. Em Portugal, entre os séculos XII e XV, foram criados “concelho” municipais (escrita da época, com “c”), como forma político-administrativa de

Portugal, em relação às suas colônias. As câmaras municipais e as prefeituras do Brasil colônia foram organizadas segundo este sistema de gestão (GOHN, 2006).

Entretanto, os conselhos que se tornaram famosos na história foram estes: a Comuna de Paris; os conselhos dos soviets russos; os conselhos operários de Turim – estudados por Gramsci; alguns conselhos na Alemanha nos anos 20 deste século; conselhos na antiga Iugoslávia – nos anos 50; conselhos atuais na democracia americana etc. Observa-se que, na modernidade, os conselhos irrompem em épocas de crises políticas e institucionais, conflitando com as organizações de caráter mais tradicionais. Os conselhos operários e os populares, em geral, rejeitavam a lógica do capitalismo; buscavam outras formas de poder, autônomo, descentralizado, com autonomia e autodeterminação (GOHN, 2006, p. 06).

Na Itália, a administração adota até os dias atuais a figura do Conselho Comunal (*Consiglio Comunale*), similar às nossas câmaras de vereadores, mas com mecanismos de escolha e eleição das listas de conselheiros que envolvem forte participação da comunidade (BRASIL, 2004).

O Brasil, nas últimas décadas, teve as seguintes experiências colegiadas: os conselhos comunitários criados para atuar junto à Administração Municipal, ao final dos anos 1970; os conselhos populares, ao final dos anos 1970 e parte dos anos 80; e os conselhos gestores institucionalizados. Os conselhos populares foram propostas dos setores da esquerda ou de oposição ao regime militar e surgiram com finalidades diversas: como organismos do movimento popular que atuavam com parcelas de poder junto ao Executivo (com a possibilidade de decidir sobre determinadas questões de governo); como organismos de luta e organização popular, gerando situações de duplo poder; ou como organismos de Administração Municipal, criados pelo governo, para incorporar o movimento popular ao governo no sentido de que sejam assumidas tarefas de aconselhamento, de deliberação e/ou execução (GOHN, 2006).

O debate sobre os conselhos populares, nos anos 80, tinha como núcleo central a questão da participação popular, reivindicada pela sociedade civil ao longo das décadas de lutas contra o regime militar. A participação popular foi definida, naquele período, como esforços organizados para aumentar o controle sobre os recursos e as instituições que controlam a vida em sociedade; esses esforços deveriam partir fundamentalmente da sociedade civil organizada em movimentos e associações comunitárias, o povo que eram os excluídos dos círculos do poder dominante, eram os agentes e atores básicos da participação popular (GOHN, 2006).

Destacaram-se, neste período, os Conselhos Populares de Campinas, no início dos anos 1980, que se desenvolveram articulados aos programas das pastorais religiosas e deram origem ao movimento Assembleia do Povo; e os de Saúde da Zona Leste de São Paulo foram criados em 1976, a partir do trabalho de sanitaristas que atuavam nos postos de saúde daquela região, articulados ao Partido Comunista, vivenciando o clima de participação gerado pelas Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica (GOHN, 2006).

Nos anos 1990, a grande novidade foram os conselhos gestores, de caráter interinstitucional. Eles têm o papel de ser instrumentos mediadores na relação sociedade/Estado e estão inscritos na Constituição de 1988 e em outras leis do País. Sabemos que essa Constituição adotou como princípio geral à cidadania e previu instrumentos concretos para seu exercício via a democracia participativa. Leis orgânicas específicas passaram a regulamentar o direito constitucional à participação por meio de conselhos deliberativos, de composição paritária entre representantes do Poder Executivo e de instituições da sociedade civil. (...) Muitas já foram criadas, a exemplo dos conselhos circunscritos às ações e aos serviços públicos (saúde, educação e cultura) e aos interesses gerais da comunidade (meio ambiente, defesa do consumidor, patrimônio histórico-cultural), assim como aos interesses de grupos e camadas sociais específicas como crianças e adolescentes, idosos, mulheres etc (GOHN, 2006, p. 07).

Em 1990, a participação passou a ser vista sob um novo paradigma, a participação cidadã, baseada na universalização dos direitos sociais, ampliação do conceito de cidadania e numa nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado. Passou-se a olhar a participação como intervenção social periódica e planejada, ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de uma política pública, porque as políticas públicas ganharam destaque e centralidade nas estratégias de desenvolvimento, transformação e mudança social. Sua principal característica é a tendência à institucionalização, entendida como inclusão no arcabouço jurídico institucional do Estado, a partir de estruturas de representação criadas por leis.

Essas estruturas mistas, compostas por representantes do Poder Público estatal e por representantes eleitos pela sociedade civil se integram aos órgãos públicos vinculados ao Executivo. Isso provoca a existência do confronto (que se supõe democrático) entre diferentes posições político-ideológicas e projetos sociais. As demandas, em princípio, são tidas como legítimas e os novos sujeitos políticos se constroem por meio de interpelações recíprocas (GOHN, 2006).

Os conselhos sempre se situaram na interface entre o Estado e a sociedade, ora na defesa dos interesses das elites, tutelando a sociedade, ora, e de maneira mais incisiva nos

tempos atuais, buscando a cogestão das políticas públicas e se constituindo canais de participação popular na realização do interesse público. Representam hoje uma estratégia privilegiada de democratização das ações do Estado. Nos espaços da federação temos conselhos municipais, estaduais ou nacionais, responsáveis pelas políticas setoriais nas áreas da educação, da saúde, da cultura, do trabalho, dos esportes, da assistência social, da previdência social, do meio ambiente, da ciência e tecnologia, da defesa dos direitos da pessoa humana, de desenvolvimento urbano. Em diversas áreas há conselhos atendendo a categorias sociais ou programas específicos.

A partir da Constituição de 1988 os conselhos assumem uma nova institucionalidade, a sociedade organizada passa a exercer a responsabilidade de voz plural da sociedade, os conselhos enquanto espaços de interface entre o Estado e a sociedade, exercem a função mediadora, de ponte entre estes dois sujeitos (BRASIL, 2004).

3.2 CONSELHOS GESTORES: NOVO DESENHO INSTITUCIONAL ARTICULANDO A ESFERA PÚBLICA COM O ESTADO

Os conselhos gestores são importantes porque são frutos de demandas populares e de pressões da sociedade civil pela redemocratização do País. Estão inscritos na Constituição de 1988 na qualidade de instrumentos de expressão, representação e participação da população.

Os conselhos gestores são diferentes dos conselhos comunitários, populares ou dos fóruns civis não governamentais, pois estes últimos são compostos exclusivamente de representantes da sociedade civil, cujo poder reside na força da mobilização e da pressão, e não possuem assento institucional junto ao Poder Público. Conselhos gestores são diferentes também dos conselhos de “notáveis”, que já existiam nas esferas públicas no passado, compostos exclusivamente por especialistas. O número de conselhos vem crescendo, por serem exigência da Constituição Nacional. Os conselhos gestores são novos instrumentos de expressão, representação e participação, dotados de potencial de transformação política (GOHN, 2006).

Se o conselho gestor se torna efetivamente representativo, poderá imprimir um novo formato às políticas sociais. Com os conselhos, gera-se uma nova institucionalidade pública, pois eles criam uma nova esfera social-pública ou pública não-estatal. O conselho gestor traz um novo padrão de relações entre Estado e sociedade, porque eles viabilizam a participação de segmentos sociais na formulação de políticas sociais e possibilitam à população o acesso aos espaços em que se tomam as decisões políticas (GOHN, 2006).

A criação dos conselhos gestores é um avanço, no sentido de aproximar a população da formulação das políticas públicas, em especial da saúde; quando funciona efetivamente, a população se sente pertencente ao processo decisório, mas ainda há fragilidades no processo de formação dos conselhos gestores, em virtude do descrédito, acumulado nos últimos anos, com relação ao não cumprimento das deliberações advindas dos espaços democráticos, como os fóruns, as conferências.

Os conselhos podem contribuir para a democratização da gestão pública, a ampliação quantitativa e qualitativa da participação, a condução coletiva de políticas sociais, a responsabilização de governantes (*accountability*), o controle social pró-ativo e para o intercâmbio de informações entre população e poder local. Contudo, podem ser transformados em órgãos cartoriais (que apenas referendam as decisões do executivo), em mecanismos de legitimação do discurso governamental ou em estruturas formais (sem reuniões frequentes, programas de trabalho, representatividade social, vigor argumentativo, rotinas de capacitação e acesso aos poderes instituídos) (OLIVEIRA et al., 2010, p. 423).

Os conselhos podem ser espaços democráticos de diálogo, de luta, de resistência frente às imposições dos gestores, mas podem também ser um espaço de simples referenda aos projetos de interesse do governo. Veem-se muitos conselhos funcionando desta forma, conselheiros que se fazem presentes no conselho, mas que não analisam, não argumentam com a gestão, simplesmente votam em propostas mais sedutoras e convincentes no processo deliberativo. Isto porque os conselhos são heterogêneos, alguns foram implantados para que fossem repassados os recursos federais e atuam até hoje apenas de forma cartorial, mas há aqueles que são conselheiros por estarem comprometidos com a proposta do SUS e fiscalizam de fato os gestores.

Segundo Gohn (2006), para entender o papel dos diferentes tipos de conselhos que existem no Brasil, na atualidade, é preciso entender a reforma do Estado e as novas figuras jurídicas que esta reforma contempla. Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) são exemplos destas formas.

As Organizações Sociais foram criadas por lei em maio de 1998 para reestruturarem o aparelho do Estado em todos os níveis. No nível federal, parcelas do próprio Estado poderão deixar de fazer parte do aparelho estatal e se tornar prestadoras de serviços públicos, ou parte das atividades do Estado passarão a fazer parcerias com entidades do chamado Terceiro Setor (leia-se: ONGs, organizações e associações comunitárias ou filantrópicas, e outras entidades sem fins lucrativos). Não são todas ou quaisquer ONGs que podem ser consideradas como parte do Terceiro Setor, mas sim aquelas com o perfil do novo associativismo civil dos anos 1990. Um perfil diferente das

antigas ONGs dos anos 1980, que tinham fortes características reivindicativas, participativas e militantes. O novo perfil desenha um tipo de entidade mais voltada para a prestação de serviços, atuando segundo projetos, dentro de planejamentos estratégicos, buscando parcerias com o Estado e empresas da sociedade civil (GOHN, 2006, p. 8-9).

A Reforma do Estado, elaborada pelo ex-ministro Bresser Pereira, no Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), durante a gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso, previa que as políticas públicas para as áreas de Cultura, Educação, Lazer, Esporte, Ciência e Tecnologia viessem a ser apenas gerenciadas e não mais executadas pelo Estado. As OSs e as OSCIPs são parte de um modelo político e de uma orientação filosófica onde o Estado é responsável apenas pelo gerenciamento e controle das políticas públicas e não pela execução das mesmas. Dessa forma, o Estado deixa de lado o papel de executor ou prestador direto de serviços e passa a ter função de promotor e regulador. As OSs e as OSCIPs executarão as políticas através de um contrato de gestão, no caso das OSs, firmado entre o Terceiro Setor e o poder público; ou através de um desmembramento de parte do próprio poder público, via parcerias com as OSCIPs (GOHN, 2006).

As OSs e as OSCIPs foram regulamentadas em 1999. Elas são pessoas jurídicas de direito privado, estando, portanto, fora do âmbito dos órgãos públicos. Os seus funcionários poderão vir de estatais, mas na OS eles não estarão mais sob o Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos, recebem recursos públicos consignados no Orçamento da União ou do respectivo estado, constituindo receita própria. A alocação destes recursos e a execução orçamentária das OSs não estão submetidas aos ditames da execução orçamentária, financeira e contábil, como os demais órgãos públicos, que têm de se submeter a um controle processualístico. O controle se dá pelos seus resultados, por meio da avaliação das metas que ela estabeleceu. As OSs recebem toda a infraestrutura montada que antes servia de base a um órgão estatal na prestação do serviço. Gohn (2006) aponta ainda que as OSs ou OSCIPs estão se qualificando para se constituírem como operantes das novas orientações políticas.

Desde 1996, a legislação no Brasil preconiza aos municípios criarem seus conselhos para que possam receber recursos destinados às áreas sociais; para Gohn (2006), isso explica porque a maioria dos conselhos municipais surgiu após esta data. Nos municípios, as áreas básicas dos conselhos gestores são educação, assistência social, saúde, habitação, criança e adolescentes. Na esfera municipal, eles devem ter caráter deliberativo. Na educação, além do Conselho Municipal de Educação, há ainda o Conselho de Alimentação Escolar e o Fundo Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – FUNDEB (que substituiu o FUNDEF).

Concordo com a autora quando diz que, apesar de a legislação incluir os conselhos como parte do processo de gestão descentralizada e participativa, e constituí-los como novos atores deliberativos e paritários, os conselhos têm sido apenas uma realidade jurídico-formal e, muitas vezes, um instrumento a mais nas mãos dos prefeitos e das elites, falando em nome da comunidade, como seus representantes oficiais, não atendendo minimamente aos objetivos de serem mecanismos de controle e fiscalização dos negócios públicos. Na atual conjuntura, não vislumbro uma prática emancipatória, mas é possível visualizar dentro do espaço dos conselhos uma prática pedagógica que se faz a partir das trocas entre trabalhadores e usuários.

3.3 CONSELHOS DE SAÚDE

Uma das diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde – SUS, previsto na Constituição Federal e na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990¹⁷, é a participação da comunidade. Essa participação pode ser efetivada através dos Conselhos de Saúde, criados pela Lei nº 8.142/90, em todas as esferas governamentais: nacional, estadual e municipal.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990¹⁸, reconhece a participação da comunidade na gestão do SUS e explicita como deve ser desdobrado o controle social. No artigo 1º da referida Lei temos o seguinte conteúdo:

Artigo 1º O Sistema Único de Saúde... contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I – A Conferência de Saúde e

II – o Conselho de Saúde

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos, com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

¹⁷ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

¹⁸ 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.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização por meio de normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovado pelo respectivo Conselho. (BRASIL, 1990).

O SUS se encontra regulamentado, e processos participativos foram desencadeados no Brasil; houve avanços, como a descentralização via municipalização da saúde, a ampliação do número de conselhos municipais, atendendo aos dispositivos legais das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990.

Conforme dados do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), que é mais uma ferramenta de comunicação e informação para contribuir com a efetividade do Controle Social, existem cadastrados: 5.569 conselhos municipais, 26 estaduais, 01 no Distrito Federal e 36 conselhos distritais de saúde indígena junto ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde¹⁹.

O município é um espaço privilegiado da luta social e política, e os Conselhos de Saúde são instâncias públicas de formação de opinião e vontade política, são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo. Os Conselhos não devem manifestar o interesse individual, deste ou daquele grupo, devem julgar a pertinência, a viabilidade, as prioridades, entre outros, de tal forma que o interesse individual se apresente e se habilite como interesse público (ASSIS; VILLA, 2003).

A Lei nº 8.142/1990 expressa que na composição dos Conselhos de Saúde, deve ser garantida a representação dos seguintes segmentos: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários como também a paridade da composição de usuários em relação às demais representações (ASSIS; VILLA, 2003).

No guia de referência para Conselheiros Municipais (BRASIL, 1998) encontramos a mesma recomendação para suprimimento das vagas nos Conselhos de Saúde, segundo critérios estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo assim distribuídas: 25% para trabalhadores de saúde e 25% para prestadores de serviços públicos e privados, devendo os conselheiros serem indicados pelas entidades ou movimentos a que pertencem, mediante discussão ampliada entre os pares ou outras entidades e movimentos afins.

¹⁹ Conselho Nacional de Saúde, SIACS. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html>. Acesso em: 15 jun. 2015.

O trabalho dos Conselhos de Saúde não deve ser confundido com o papel executivo do gestor municipal e estadual. Cabe ao Conselho propor a construção da política, no acompanhamento das ações, na fiscalização e utilização dos recursos e ao gestor a execução da política de saúde. Os Conselhos de Saúde são instâncias internas à estrutura do SUS, e suas deliberações são, em geral, resultados de negociações com os órgãos executores (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde), que devem ter como eixos orientadores à representatividade de seus membros, a visibilidade de suas proposições, a transparência das relações e articulação com a sociedade para garantir o processo democrático e a qualidade das ações (ASSIS; VILLA, 2003, p. 379).

O Conselho de Saúde contribui na implementação das políticas de saúde, porque expressa a convivência e a busca de consenso entre diferentes pontos de vista. O Conselho de Saúde é um instrumento de construção da democracia e do exercício da cidadania. Os Conselheiros devem participar de todas as etapas do Planejamento de Saúde de seu estado ou município, de modo a poder influir nelas, criticá-las e acompanhar sua execução. A organização e o funcionamento dos Conselhos de Saúde devem estar especificados no seu Regimento Interno, que é elaborado pelos Conselheiros e aprovado em reunião plenária do Conselho.

Segundo Rodrigues (2000), o acúmulo histórico do controle social no SUS indica que as principais questões que devem estar previstas no Regimento Interno, dentre outras, são:

- a) Periodicidade das reuniões – o plenário tem sua reunião ordinária pelo menos uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que necessário.
- b) Comissões Permanentes – é imprescindível a organização das comissões para o funcionamento dos Conselhos. Essas comissões não têm poder deliberativo, no entanto, elaboram pareceres que serão submetidos ao plenário do Conselho, os quais, se aprovados pelo plenário, poderão ser transformados em Resoluções. São exemplos dessas comissões as de fiscalização, acompanhamento ao processo orçamentário, controle e avaliação, mobilização e articulação e acompanhamento do plano municipal de saúde. Destacam-se também as comissões temáticas, como saúde do trabalhador, saúde mental e saúde indígena, dentre outras.
- c) Local de funcionamento – é necessário, para o funcionamento do Conselho, um local específico e adequado para suas reuniões, contando, sempre que possível, com telefone, computador com acesso à internet etc.
- d) Dotação orçamentária – considerando-se que o Conselho delibera sobre a proposta orçamentária da Secretaria de Saúde correspondente, deve-se estar atento para que a referida proposta inclua dotação orçamentária específica para o Conselho, incluindo, por exemplo,

previsão de gastos com deslocamento e manutenção de Conselheiros, quando em representação do Conselho em eventos fora do seu município, assim como em eventos regionais e nacionais. Precisa ser transparente no Conselho a forma de utilização das verbas, assim como deve ser sempre apresentada a prestação de contas ao plenário. É importante que todo Conselheiro verifique se na lei de “seu” Conselho consta essa previsão e que trabalhe para tornar realidade o que está previsto na lei.

e) Equipe técnica – é recomendável que o Conselho de Saúde conte com assessoria de uma equipe técnica, a qual não substitui o papel, nem a função do conselheiro nem das comissões. Ela é composta por técnicos que estão a serviço do Conselho.

f) Coordenação do Conselho – não há padronização na forma de operacionalizar esse ponto. Uns elegem o núcleo de coordenação; outros mesa diretora. Todos os fóruns, no entanto, definem-se favoráveis à eleição da presidência do Conselho em plenário, conforme estabelece a Resolução do CNS nº 33/1992. Ressalte-se, ainda, que há um consenso quanto à importância da participação do gestor tanto no plenário quanto na coordenação. Uma das divergências presentes nos fóruns de discussão consiste no fato de o gestor assumir a função de presidente do Conselho. Os que são favoráveis a esta questão argumentam que, em eleição democrática, todos os segmentos podem exercer o direito de votar e ser votados. Os que se posicionam contrários sustentam que há conflito quando o gestor é presidente do Conselho, porque nesta função, este está fiscalizando e deliberando sobre sua própria gestão, assim como assinando as Resoluções do Conselho, na qualidade de presidente, e ao mesmo tempo, homologando-as como gestor.

g) A Secretaria Executiva deve estar a serviço do Conselho de Saúde. É importante na organização e administração de suas rotinas, tais como elaboração de atas e manutenção de arquivos. É, também, responsável para atender às deliberações do plenário quanto às convocações e encaminhamentos de demandas.

h) Composição do Conselho – o movimento social em saúde considera mais democrático o processo de eleição do Conselho que ocorre nas Conferências de Saúde correspondentes. Alguns Conselhos têm sua composição estabelecida nas leis que os criaram. Convém lembrar que a composição dos Conselhos só pode ser alterada após discussão e deliberação no Plenário do Conselho de Saúde ou na Conferência de Saúde correspondente.

Com o propósito de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas, que possibilite a legitimidade do controle social, o guia de referência para conselheiros municipais (BRASIL, 1998) aponta algumas condições essenciais para o funcionamento do conselho de saúde.

Quadro 03 - Condições essenciais para o funcionamento do Conselho de Saúde

Objetivo	Condições
Autonomia	As Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde devem garantir, no orçamento, recursos para o desenvolvimento do trabalho, desde a garantia do espaço físico até pessoal de apoio e administrativo para a execução das atividades, assim como a elaboração de instrumentos que facilitem as decisões dos conselheiros.
Organicidade	Devem possuir infraestrutura básica para realização dos encontros entre os conselheiros, de acordo com a periodicidade, frequência e regularidade dos participantes às reuniões, entre outros. Ter Regimento Interno, que regulamente o seu funcionamento para orientar os processos de discussão, regularidade das reuniões, votação e outros encaminhamentos próprios das atividades dos conselheiros.
Permeabilidade	Deve estar aberto ao recebimento das demandas sociais, na identificação das demandas locais e das necessidades de saúde emergentes que deverão ser estabelecidas nas pautas de discussões dos Conselhos.
Visibilidade	É caracterizada pela transparência das ações, na criação de canais de comunicação com a sociedade. O usuário deve ser colocado no centro do processo, numa relação de co-responsabilidade (governo – trabalhadores de saúde – prestadores de serviços e usuários). Assim torna essencial utilizar-se dos meios de comunicação e da criação de instrumentos que possibilitem a democratização da informação, como boletins informativos, jornais, cartilhas e outros tipos de publicações.
Articulação	Capacidade de estabelecer relações uns com os outros, no campo da saúde e em outras áreas sociais. Na saúde, a articulação deve envolver todas as representações: Conselho Local (das unidades de saúde), Conselhos Municipal, Estadual e Nacional, Comissões Intergestores Bipartide e Tripartide, Conselhos de Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, bem como as instituições da área da saúde. Assim como, é importante a articulação com outros setores da sociedade como, por exemplo, a Câmara de Vereadores e Assembleias Legislativas, movimentos populares e o Ministério Público.

Fonte: Elaborado pela autora (2015), baseado no guia de referência para conselheiros municipais (BRASIL, 1998).

A Lei nº 8.142/1990 estabelece que os municípios criem os Conselhos Municipais de Saúde para que possam ter acesso aos recursos do SUS. O Conselho Municipal de Saúde consolida o controle social, é uma instância com poder de decisão.

Segundo Feres et al. (2007), os conselhos municipais são centros de poderes, tão legítimos e necessários quanto o centro de poder político do Estado, sendo fundamental para a implantação de uma sociedade democrática e plural, pois toda vontade política na implementação de mecanismos de diálogo entre a administração pública e a sociedade precisa estar respaldada na garantia de recursos financeiros para sua efetivação, sob pena deste processo de planejamento e decisão se tornar letra morta dentro do ordenamento.

Bicalho (2003) aponta que hoje existem conselhos de saúde em quase todos os municípios brasileiros, devido à mobilização popular e de profissionais de saúde, além das políticas indutivas do Ministério da Saúde. Esses conselhos têm a função de exercer o controle social do SUS, e sua composição tem sido paritária, conforme preconiza a Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, sendo 50% dividida entre o segmento dos gestores do SUS (públicos e privados) e os trabalhadores do sistema único de saúde, e 50% composta pelo segmento dos usuários do SUS.

Os conselhos de saúde são inovações institucionais, que ainda estão inseridos num contexto marcado por políticas clientelistas. Assim, os conselheiros agem de maneira ambígua, ora privilegiando uma participação individual, ora desenvolvendo ações coletivas, mas a participação nos conselhos favorece uma cultura política que inclui a preocupação com os interesses coletivos.

Para Bravo e Correia (2012), os conselhos podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais que, em vez de controlar, passam a ser controlados e relembram o discurso participacionista e de controle social no governo FHC, que buscou as parcerias com a sociedade para enfrentar os problemas sociais de forma solidária, controlando os gastos que deveriam ser mínimos, racionalizados e eficazes. É este controle social que interessa às classes dominantes para a preservação do seu domínio. Sob este ponto de vista, os conselhos e conferências perdem o sentido original de seu papel, que é ser um espaço de controle de setores organizados na sociedade civil sobre as ações do Estado, para que este incorpore as demandas da maioria da população (classes populares).

Os conselhos têm um grande desafio, de se legitimarem enquanto espaço de deliberação dos interesses coletivos, pois o jogo de forças que se estabelece nas plenárias, leva o conselheiro, que não tem domínio sobre os assuntos a serem deliberados, a se expressar pelo silêncio, o que pode significar permitir a hegemonia daqueles que não defendem os interesses da classe trabalhadora.

3.3.1 Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um espaço de participação social na administração do Sistema Público e atua no controle da execução da política de saúde, estabelecendo estratégias de coordenação e gestão do SUS. É uma atividade não remunerada e aberta à participação da sociedade. Baseado na Constituição Federal, na Lei Orgânica da

Saúde, Lei nº 8.080/90, e na Lei nº 8.142/90, o Conselho consolida o controle social, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais. O Conselho Municipal de Saúde é uma instância coletiva, com poder de decisão ligado ao Poder executivo e o número de conselheiros varia entre 10 e 20 membros.

O Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá é composto pelo Plenário, comissões e grupos de trabalho e Secretaria Executiva. O Plenário é um fórum de deliberações votadas em reuniões mensais. Organizado por um regimento interno, é composto por conselheiros com mandato de dois anos. São funções dos conselheiros: representação dos interesses específicos de seu segmento social ou governamental, e de formulação e deliberação coletiva no órgão colegiado, pelo de posicionamento a favor dos interesses da população usuária do Sistema Único de saúde.

Em Cuiabá, o presidente do Conselho é o secretário de saúde, mas em alguns municípios é eleito entre os membros, e a representação depende da realidade existente em cada área, preservando-se o princípio da paridade em relação aos usuários, sendo que as reuniões iniciam com a presença mínima da metade mais um de seus membros. Cada membro tem direito a um voto. As resoluções são homologadas pelo Secretário de Saúde e publicadas no portal da transparência do TCE – Tribunal de Contas do Estado. As votações são apuradas pela contagem de votos a favor, contra e abstenções, mediante manifestação expressa de cada conselheiro, ficando excluída a possibilidade de votação secreta.

O Conselho de Cuiabá conta com apoio administrativo e utiliza o espaço cedido pela Secretaria de Saúde, utilizando sua estrutura logística, que lhes garante a dotação orçamentária. O desenvolvimento do controle social no SUS, através dos Conselhos, começa a transparecer com a implementação na Norma Operacional Básica, a NOB-93, que sistematiza melhor o processo de descentralização. Os próprios conselhos apuram sua paridade, regularidade das reuniões e controle social.

As Comissões constituídas por força da Lei nº 8.080/1990, têm por finalidade articular políticas e programas de interesse para saúde, cujas execuções envolvam áreas; em Cuiabá o Conselho instituiu as seguintes comissões temáticas ou especiais: Avaliação e Controle; Recursos Humanos; Modelo Assistencial; Financiamento, Orçamento e Planejamento; Controle Social; Educação Permanente em Saúde; Informação e Comunicação; e Ética. O Conselho Municipal de Saúde também é responsável pela implantação dos Conselhos gestores ligados às unidades básicas de saúde. A Secretaria Executiva é a unidade de apoio ao funcionamento do Conselho de Saúde. Subordinada ao Plenário do Conselho, sua

função é secretariar as reuniões, divulgar as deliberações e manter intercâmbio com as unidades do Sistema Único de Saúde.

A efetiva participação do usuário depende da mobilização das entidades representativas da sociedade em defesa do SUS e da saúde pública, propondo caminhos e soluções, qualificando-se para elegerem seus representantes. O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, vinculado à Secretaria Municipal e faz parte dos mecanismos criados pelo SUS para garantir o controle social do Sistema de Saúde nos municípios. A formulação de estratégias para elaboração de planos de saúde e o controle das políticas definidas estão entre as atribuições mais importantes do conselho. Para que se possa cumprir o que a lei determina, o Conselho deve exercer o controle social do SUS, fiscalizando, planejando e controlando os recursos destinados à área de Saúde no orçamento do Município.

O Conselho deve, ainda, fiscalizar o Fundo Municipal de Saúde e propor o Plano Municipal de Saúde na Lei de Diretrizes Orçamentárias. Os usuários do Sistema são representados por entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais, movimentos comunitários organizados na área da saúde, conselhos comunitários e associações de moradores, entre outras. Hoje, entende-se que a cidadania à qual a sociedade está sendo chamada a participar tem a perspectiva dos direitos e deveres do projeto societário capitalista. Tal perspectiva não pressupõe igualdade substancial desses direitos e deveres, mas apenas a igualdade formal. Compreender como se dá a contradição desse modelo de cidadania é fundamental para identificar as dificuldades e limites na dinâmica dos conselhos contemporaneamente. Por entender os conselhos como importantes espaços de luta pelos interesses coletivos e públicos, a democratização dessas instâncias pressupõe concepções de democracia (tanto dos sujeitos que ali internamente representam diversos segmentos seja do Estado ou da sociedade civil, como dos sujeitos representados nesses segmentos) que busquem, de forma séria e comprometida, a partilha dos bens materiais, culturais e intelectuais acumulados pela sociedade. Esse movimento, sim, traz a possibilidade de democracia popular. Faz muito sentido que a defesa dos interesses da classe trabalhadora seja uma pauta constante de discussões dos conselhos, pois as demandas sociais apresentadas por estas classes são as que realmente garantem a necessidade de políticas públicas democráticas numa perspectiva ético-popular.

Os conselheiros de saúde devem conhecer os princípios legais que regem as políticas públicas voltadas à saúde da população de seu município. As principais são: Lei nº 8.080/1990 - regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo país; Lei nº 8.142 /1990 - dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, a

alocação de recursos financeiros na área da saúde, a estrutura dos Conselhos e das Conferências de Saúde; Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 33, de 23 de dezembro de 1992 - dispõe sobre os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde; Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 52, de 6 de maio de 1993 - dispõe sobre o fórum de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS; Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 - trata das formas de repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos estados, municípios e Distrito Federal.

Para que o conselheiro possa atuar efetivamente, é preciso conhecer as legislações, participando ativamente das reuniões do conselho, do planejamento do município, das definições orçamentárias para o município e, em especial, para a saúde. Comungo com os autores Silva e Sousa (2014), que a análise da conformidade legal é importante, mas o conselheiro deve exercer o controle social, que é muito mais que monitorar, fiscalizar, mas também avaliar e interferir na gestão pública. A legislação garante ao cidadão o direito de obter dos órgãos públicos as informações que necessite, sem necessidade de justificativa, configurando um amplo repertório com diversos mecanismos que viabilizam o controle social sobre a gestão pública.

O Conselho Municipal de Saúde é decorrência do processo de municipalização da saúde em Cuiabá, [...] Regulamentado pela Lei 2820 de 19 de dezembro de 1990, foi objeto de muitas discussões e debates, pois declaradamente contrário a participação popular, o Poder Executivo encaminhou para a Câmara Municipal um projeto elaborado apenas por técnicos da prefeitura, sem consulta aos maiores interessados, as entidades populares e sindicais.

Para fazer frente a tal medida, foi reinstalada a Plenária Popular que já vinha atuando em momentos anteriores desde a elaboração da Lei Orgânica Municipal. Durante um período de aproximadamente dez meses [...] articulou várias entidades populares e sindicais [...]

Após vários embates com o Legislativo, através de “lobbies” nas sessões da Câmara de Vereadores, foram regulamentados os Conselhos da Saúde e da Criança e Adolescente (SILVA, 1998, p. 101-102).

A primeira composição do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá foi tripartite, regulamentada pelo Decreto nº 2.276, de 03 de maio de 1991²⁰. Composta por 15 entidades

²⁰ Entidades do segmento dos Prestadores/Governo: FUSC - Fundação de Saúde de Cuiabá; SME - Secretaria Municipal de Educação; IPEMUC - Instituto de Previdência dos Servidores Municipais de Cuiabá; SES - Secretaria Estadual de Saúde; HUIJM - Hospital Universitário Julio Muller. Entidades representantes dos Trabalhadores da Saúde: Policlínicas e Centros de Saúde; APEC - Associação dos Profissionais de Enfermagem; UNATE - União Nacional de Técnicos de Enfermagem; SINDSAS - Sindicato dos Assistentes Sociais; SINDMED - Sindicato dos Médicos. Entidades de Usuários: APAMAT - Associação dos Aposentados de Mato Grosso; UCAM - União Coxipoense de Bairros; UCAMB - União Cuiabana de Moradores de Bairros;

sendo: 05 representantes dos prestadores; 05 representantes dos trabalhadores da saúde; e 05 representantes dos usuários do sistema, não havendo a paridade garantida pela Lei nº 8.142/1990 (SILVA, 1998).

Quadro 04 - Composição do CMS/Cuiabá, 1ª Gestão: 1991-1992

Governo	Trabalhadores da Saúde	Usuários
FUSC	POLICLÍNICAS	APAMAT
SME	APEC	UCAM
IPEMUC	UNATE	UCAMB
SES	SINDSAS	SISPUMC
HUJM	SINDMED	GPS/MOPS

Fonte: Silva (1998).

Em 1993 ocorre uma ampliação do segmento dos usuários na 3ª gestão do Conselho de Saúde de Cuiabá, devido à cobrança dos conselheiros e pressão da Plenária Popular de Saúde (SILVA, 1998). O Decreto nº 2.845, de 19 de novembro de 1993²¹, nomeia os membros do Conselho Municipal de Saúde, de acordo com o preconizado na lei, já citada anteriormente.

Quadro 05 - Composição do CMS/Cuiabá, 3ª Gestão: 1993-1995

Governo	Trabalhadores da Saúde	Usuários
FUSC	CRP	UCAM
ENTIDADES FILANTRÓPICAS SERVIÇOS PRIVADOS	CRESS Associação Matogrossense de Engenharia Sanitária	CUT Representante dos Trabalhadores Rurais
HUJM	Sindicato dos Profissionais de Enfermagem	MOPS UCAMB

SISPUMC - Sindicato dos Servidores Públicos do Município de Cuiabá; GPS - Grupo Popular de Saúde; e MOPS - Movimento Popular de Saúde.

²¹ Entidades do segmento dos Prestadores/Governo: FUSC - Secretaria Especial de Saúde; Entidades Filantrópicas; Serviços Privados; HUJM - Hospital Universitário Julio Muller; SMBS - Secretaria Municipal de Bem Estar Social. Entidades representantes dos trabalhadores da saúde: CRP - Conselho Regional de Psicologia; CRESS - Conselho Regional de Serviço Social; Associação Matogrossense de Engenharia Sanitária; Sindicato dos Profissionais de Enfermagem; Associação dos Nutricionistas. Entidades de Usuários: UCAM - União Coxipoense de Bairros; CUT - Central Única dos Trabalhadores; Representante dos Trabalhadores Rurais de Cuiabá; MOPS - Movimento Popular de Saúde; UCAMB - União Cuiabana de Moradores de Bairros; Grupo de Mães; SISPUMC - Sindicato dos Servidores Públicos do Município de Cuiabá; MNMMR - Movimento Nacional de Meninos e Meninas de rua; e AMPI - Associação Matogrossense Pró-Idosos.

SMBS	Associação dos Nutricionistas	GRUPO DE MÃES SISPUMC PASTORAIS MNMMR AMPI
------	-------------------------------	--

Fonte: Elaboração da autora (2014), baseado no Decreto nº 2.845, de 19 de novembro de 1993.

Cabe ressaltar que na eleição do Conselho, em 1993, as entidades que participaram do processo eleitoral e não obtiveram a pontuação para serem eleitos fizeram parte da composição, enquanto suplentes, a partir de negociações com as entidades eleitas. Dessa forma, pode-se inferir que os representantes dos usuários mantiveram todas as entidades para ampliar as forças populares.

No ano de 2003, com a Lei Complementar nº 094, de 03 de julho, que extingue a FUSC e cria a Secretaria Municipal de Saúde, além de consolidar as Leis Municipais, no seu artigo 10, estabelece critérios quanto à composição do Conselho Municipal de Saúde no segmento dos usuários, passando a ser composto por: a) 01 representante da União das Associações de Moradores de Bairro; b) 01 representante do Movimento Sindical; c) 01 representante da Organização de portadores de doenças e patologias específicas; d) 01 representante do Movimento dos Direitos Humanos; e) 01 representante das Pastorais Religiosas; f) 01 representante de Portadores de Deficiência; g) 01 representante de Movimentos Populares Específicos na Área da Saúde; h) 01 representante de Organização de Mulheres; i) 01 representante da Organização da Terceira Idade; e j) 01 representante do Movimento de Defesa da Criança e o Adolescente. A atual composição atende à Lei Complementar nº 094/2003.

Quadro 06 - Composição do CMS/Cuiabá, Gestão do Biênio 2014-2016²²

Governo	Trabalhadores da Saúde	Usuários
SMS	CRESS	UCAM
HPSMC	CREFITO	SINTRACE/MT
HUJM	CREF/MT	AMDE
Federação das Filantrópicas	ABO	LIBLES
SES	CRF	Pastoral da Criança
		APAE
		ONG “Corações Amigos”
		ADDD
		AMPI
		AACC

Fonte: Elaboração da autora (2014), baseado no Decreto nº 5.598 de 03 de outubro de 2014.

Os conselheiros têm como competência atuar na formulação de estratégias e acompanhar a execução da política de saúde do município de Cuiabá; acompanhar as ações e serviços, bem como propor critérios para aplicação dos recursos destinados ao SUS/Cuiabá e fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do Fundo Único de Saúde Municipal.

As reuniões ordinárias do Conselho têm ocorrido regularmente, com número suficiente para as deliberações, assim como a participação dos conselheiros nas comissões temáticas [segundo a Secretaria Executiva do Conselho]. O conselho tem atuado através de Comissões Temáticas e/ou Especiais: Avaliação e Controle; Recursos Humanos; Modelo Assistencial; Financiamento, Orçamento e Planejamento; Controle Social; Educação Permanente em Saúde; Informação e Comunicação; e Ética.

A nova composição do Conselho de Saúde de Cuiabá, biênio 2014-2016, foi eleita em 15 de maio de 2014.

²² Entidades do segmento dos Prestadores/Governo: SMS - Secretaria Municipal de Saúde; HPSMC - Hospital e Pronto Socorro de Cuiabá; HUJM - Hospital Universitário Julio Muller; Federação das Filantrópicas; SES - Secretaria de Estado de Saúde. Entidades representantes dos trabalhadores da saúde: CRESS - Conselho Regional de Serviço Social; CREFITO - Conselho Regional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais; CREF/MT - Conselho Regional de Educação Física; ABO - Associação Brasileira de Odontologia; CRF - Conselho Regional de Farmácia. Entidades de Usuários: UCAM - União Coxipoense de Associações de Moradores; SINTRACE - Sindicato dos Trabalhadores de Combate a Endemias no Estado de Mato Grosso; AMDE - Associação Matogrossense de Deficientes; LIBLES - Associação de Direitos Humanos e Sexualidade Liberdade Lésbicas; Pastoral da Criança; APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais; ONG “Corações Amigos”; ADDTD - Associação de Defesa dos Direitos, Trabalho e Desenvolvimento das Mulheres nos bairros e Municípios de MT; AMPI - Associação Matogrossense Pró-Idosos; e AACC - Associação de Amigos da Criança com Câncer.

Quadro 07 - Caracterização dos representantes titulares do segmento dos usuários no CMS/Cuiabá²³, 2014

Entidades	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão
UCAM	56	M	2º grau completo	Agente Fiscal
SINTRACE	38	M	2º grau completo	Agente de Endemias
AMDE	41	F	Superior Completo	Pedagoga
LIBLES	41	F	Superior Completo	Enfermeira
Pastoral Criança	75	F	2º grau completo	Aposentada
APAE	45	F	Superior Completo	Pedagoga
Ong “Corações Amigos”	47	M	Superior Completo	Economista
ADDDTD	50	F	Superior Completo	Agente Comunitária de Saúde
AMPI	74	F	2º grau completo	Aposentada
AACC	39	F	Superior Completo	Assistente Social

Fonte: Elaboração da Autora (2014), baseado na ficha cadastral dos conselheiros de saúde.

No Quadro 07, podem-se verificar algumas características que merecem destaque: a faixa etária dos conselheiros fica entre 38 a 75 anos, 07 (sete) são do sexo feminino, 06 (seis) têm nível superior, 05 (cinco) trabalham na área da saúde. A partir dessas características pode-se inferir que o segmento de usuários é formado por técnicos com formação na área da saúde e afins, o que pode facilitar a compreensão de propostas e auxiliar nas discussões.

3.4 CONHECENDO E ANALISANDO O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ: ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO E STATUS PERANTE OS SEUS USUÁRIOS

Os resultados e as discussões são apresentados em três categorias temáticas: na primeira, a caracterização dos conselheiros de saúde de Cuiabá; na segunda, a organização e

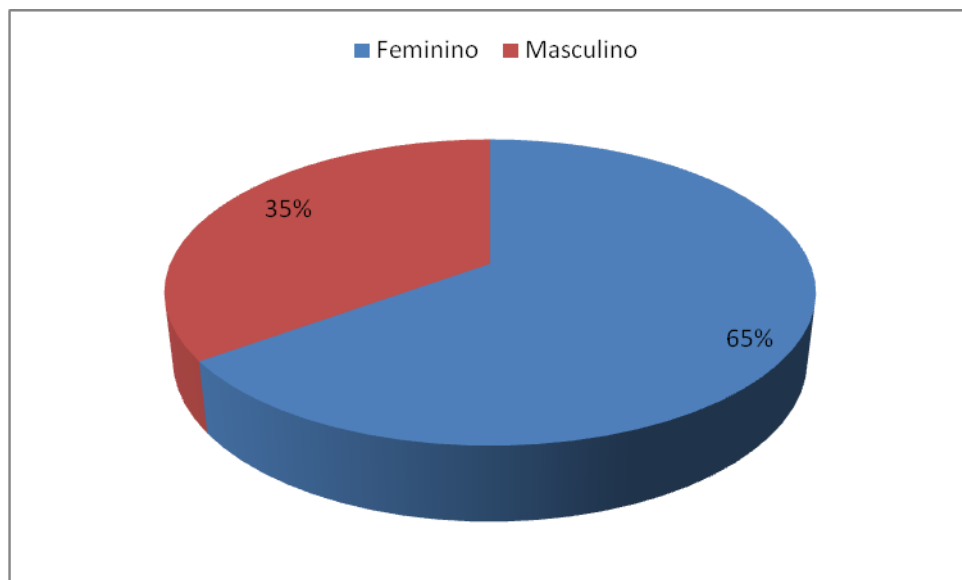
²³ UCAM - União Coxipoense de Associações de Moradores; SINTRACE - Sindicato dos Trabalhadores de Combate a endemias no Estado de Mato Grosso; AMDE - Associação Matogrossense de Deficientes; LIBLES - Associação de Direitos Humanos e Sexualidade Liberdade Lésbicas; Pastoral da Criança; APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais; ONG - Organização Não Governamental Corações Amigos; ADDTD - Associação de Defesa dos Direitos, Trabalho e Desenvolvimento das Mulheres de Mato Grosso; AMPI - Associação Matogrossense Pró-Idoso; AACC - Associação de Amigos da Criança com Câncer.

funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; e na terceira, a atuação e desempenho dos conselheiros.

3.4.1 Caracterização dos conselheiros de saúde de Cuiabá

Do universo de 20 conselheiros titulares do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, foram entrevistados 100%, sendo 65% (13) do sexo feminino e 35% (07) do sexo masculino (Gráfico 01).

Gráfico 01 - Percentual de conselheiros de saúde, segundo gênero, Cuiabá, 2015



Fonte: Questionários aplicados. Elaboração da autora (2015).

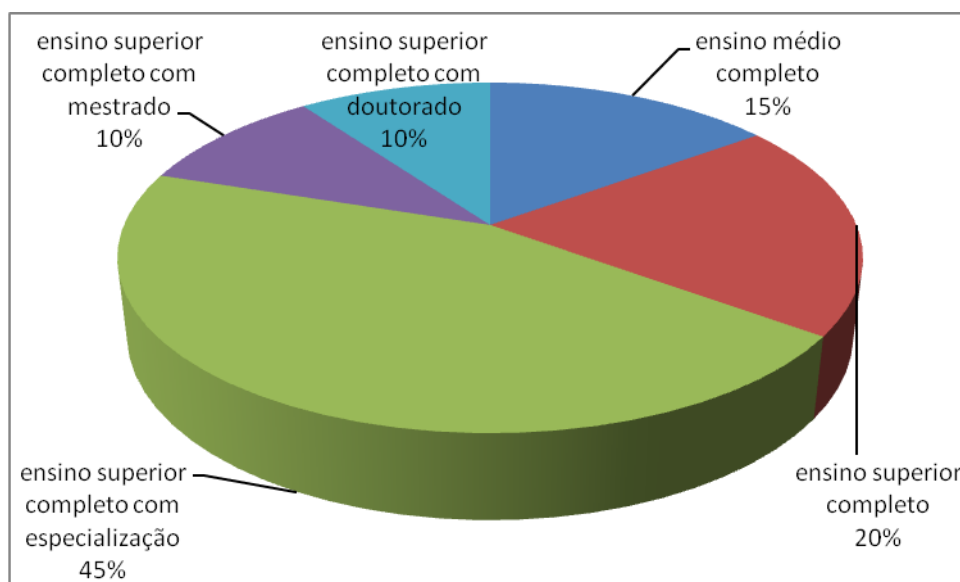
Quanto ao gênero dos conselheiros, na pesquisa de Wendhausen et al. (2006) junto aos conselhos municipais de saúde, assistência social, segurança alimentar e idoso de Itajaí-SC, constatou-se a presença importante das mulheres neste espaço que, até pouco tempo, era constituído basicamente de homens – o espaço político. E, segundo Cortes (1996), os processos de participação surgem em virtude das desilusões em relação aos representantes eleitos e às políticas liberais que falseiam as decisões democráticas, sobretudo na década de 1970; neste cenário, novos movimentos sociais se articulam, com orientação anti-institucional, para fazer valer a voz das minorias e apresentar as relações opressoras e excludentes que se delineavam na modernidade. Para o autor o movimento feminista é um dos mais importantes, posto que uma de suas demandas é a participação nos espaços de decisão

política e comunitária. Os movimentos feministas expressam essa vontade feminina de assumir um lugar no mundo que a faça se sentir partícipe e sujeito de suas ações.

O movimento feminista no Brasil tomou uma proporção muito mais ampla e não se restringiu apenas à defesa de seus interesses específicos, ao contrário, se mobilizou em relação a outros setores da sociedade. E, em virtude disso, é que cabe ressaltar a sua participação e contribuição em um dos setores mais importantes: a saúde. Essa significação possibilita pressupor que, ainda hoje, o movimento feminista influencia na participação das mulheres em espaços como os dos conselhos, e que isto pode ter a relação com o empoderamento que tem crescido nas últimas décadas. Outro fator apontado por Cortes (1996): pode-se relacionar ao histórico envolvimento das mulheres no cuidado à saúde.

No que se refere à escolaridade, a pesquisa encontrou um perfil altamente escolarizado de conselheiros em comparação à população brasileira, a qual possui uma escolaridade média de 7,1 anos de estudo, o que equivale ao ensino fundamental incompleto (IBGE, 2010). A pesquisa apontou que 45% (09) têm curso superior completo com especialização, 20% (04) têm curso superior completo, 10% (02) têm doutorado, 10% (02) têm mestrado e 15% (03) têm o ensino médio completo (Gráfico 02).

Gráfico 02 - Percentual de conselheiros da saúde, segundo escolaridade, Cuiabá, 2015



Fonte: Questionários aplicados. Elaboração da autora (2015).

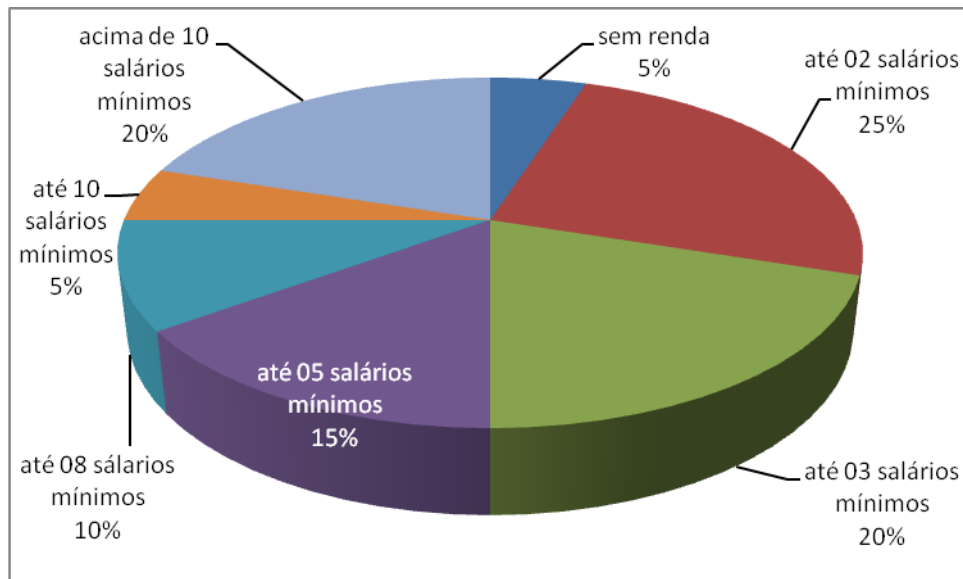
Entretanto, nos estudos de Wendhausen et al. (2006), a concentração de participantes com alta escolaridade pode sugerir que somente os “letrados” estão conseguindo penetrar no espaço político e, desta forma, poderíamos questionar se eles de fato são representativos e legítimos em relação aos anseios dos grupos a que pertencem. As autoras consideram esta uma pergunta difícil de responder, porém, deve-se refletir a respeito, pois o objetivo dos conselhos é influenciar no empoderamento dos mais excluídos. Mesmo que o nível de escolaridade seja considerado alto para todos os conselheiros, há diferenças entre os segmentos, que precisam ser destacadas: no segmento governamental concentram-se 02 doutores, um 01 mestre e 02 especialistas; no segmento dos trabalhadores temos 01 mestre e 04 especialistas; e no segmento dos usuários encontram-se 03 especialistas, 04 com ensino superior e 03 com ensino médio completo. Os estudos de Wendhausen et al. (2006) apontam que: se, por um lado, os usuários possuem menos recursos em termos de escolaridade, por outro, podemos pensar que, mesmo com menor escolaridade, estes conseguem estar presentes nos conselhos, fazendo valer seus direitos.

Um exemplo é o ex-vereador Sivaldo Dias Campos, que teve a prática política interrompida, pois foi vítima de um atentado. Os primeiros trabalhos com os movimentos de bairros em Cuiabá, o projetaram na vida política da cidade. O vereador, que começou a trabalhar no movimento Comunitário da Cohab São Gonçalo em Cuiabá, foi um dos responsáveis pela criação do Conselho Municipal da Saúde, em 1994. Um ano depois, foi nomeado o 1º ouvidor do SUS, cargo que ocupou até 1996. Sempre foi um defensor do usuário do Sistema Municipal de Saúde. Sem nenhum curso superior, Sivaldo Campos cursou apenas até a 4ª série do antigo ensino primário (DIÁRIO DE CUIABÁ, 2003).

Em relação à renda dos conselheiros, 20% possuem mais de 10 salários mínimos, 5% até 10 salários mínimos, 10% até 08 salários mínimos, 15% até 05 salários mínimos, 20% até 03 salários mínimos, 25% até dois salários mínimos e 5% não possuem renda. Somando-se a faixa de renda de 5, 8, 10 e > 10 salários mínimos, constatamos que 55% dos conselheiros se encontram nestas faixas, ou seja, a metade dos participantes. Os dados da pesquisa de Fuks (2002) apontam para os mesmos dados; ele constatou que entre as faixas de renda de 6-10 e > 10 salários mínimos estão 91% dos conselheiros pesquisados do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba e, em comparação aos conselhos do interior, como Itajaí-SC, ele constatou que a renda é um pouco mais baixa. Do segmento de usuários, temos um percentual de 80% possuindo até 3 salários. Se somar-se a baixa renda e menor escolaridade, também concentrado neste segmento, pode-se pressupor uma lacuna para a qualidade da participação, embora estes não sejam os únicos determinantes (Gráfico 03). Mas as observações, realizadas

no decorrer desta pesquisa, demonstram que conselheiros do segmento dos usuários não se intimidam quando há necessidade de lutarem pelos interesses coletivos

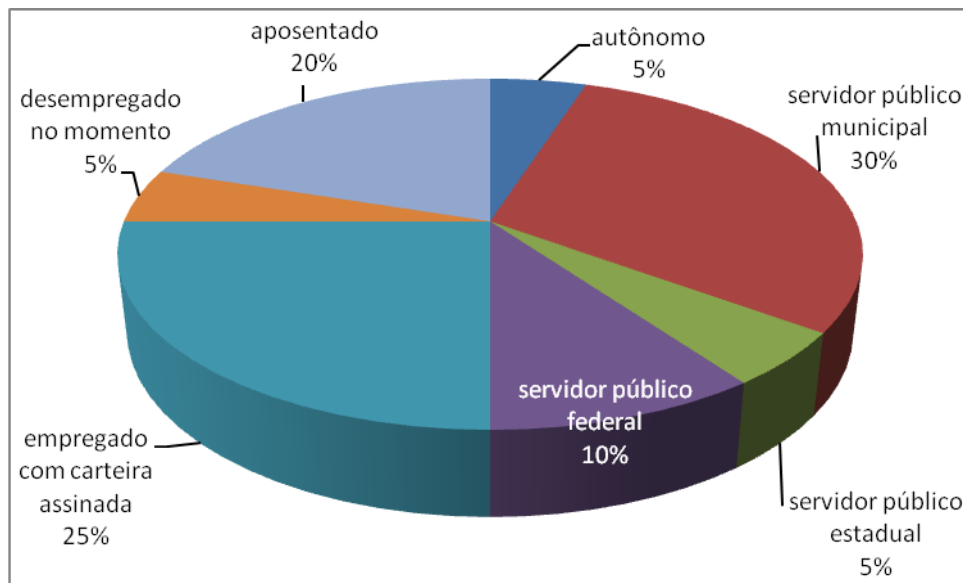
Gráfico 03 - Percentual de conselheiros da saúde, segundo renda, Cuiabá, 2015



Fonte: Questionários aplicados. Elaboração da autora (2015).

Com relação à atividade principal exercida pelos conselheiros, os dados chamam atenção pelo fato de que a maioria dos conselheiros entrevistados (45%) exerce atividade pública; o mesmo ocorreu com os dados da pesquisa de Fuks (2002), o que, segundo o autor pode estar associado em parte ao fato de os conselhos serem órgãos governamentais. Nos dados de Fuks (2002), do total de conselheiros que exerce atividade pública, 72% representam o segmento governamental, mas, no Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, 40% dos representantes dos usuários são servidores públicos municipais, são agentes comunitários de saúde, de endemias e estão à disposição de sindicatos e associações (Gráfico 04).

Gráfico 04 - Percentual de conselheiros de saúde, segundo atividade principal, Cuiabá, 2015

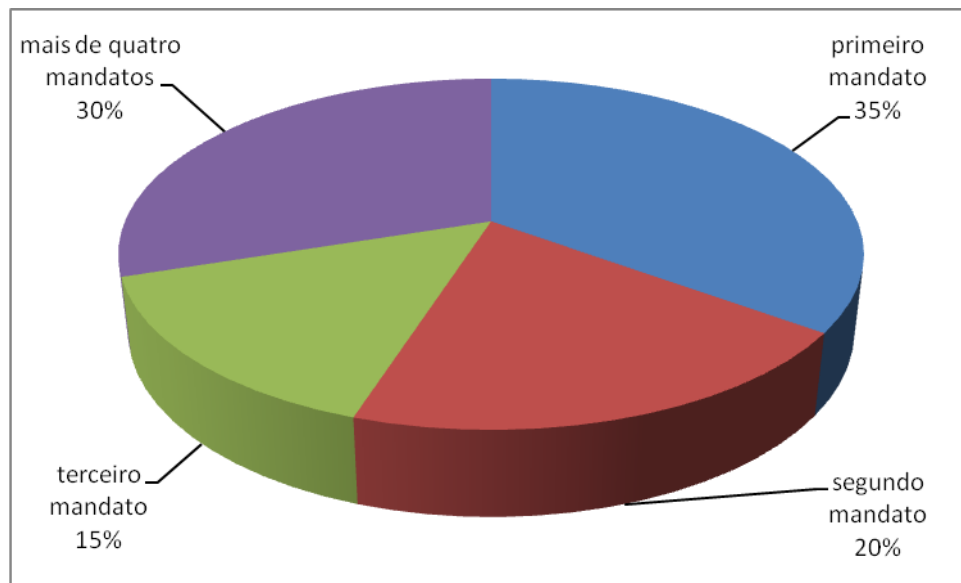


Fonte: Questionários aplicados. Elaboração da autora (2015).

Alguns conselheiros, que hoje fazem parte da atual composição do conselho, foram disponibilizados pela gestão municipal aos sindicatos aos quais pertencem; segundo eles próprios relataram, estavam pressionando a gestão para mudanças por conhecerem em profundidade os problemas relativos a sua área, dessa forma foram “afastados”, da realidade, mas passaram a representar suas associações e sindicatos com assento no conselho.

Ao analisar os dados sobre o tempo de atuação dos conselheiros, 35% (07) estão no primeiro mandato, 20% (04) no segundo mandato, 15% (03) no terceiro mandato e 30% (06) com quatro ou mais mandatos. Pode-se verificar que a maioria dos conselheiros, 65%, já tem uma trajetória dentro do conselho, diferentemente da pesquisa de Wendhausen et al. (2006), onde se verificou que a maioria dos participantes, 55%, estava em sua primeira gestão. Nessa pesquisa, ocorrida pós eleições em outubro de 2004, isso pode ter ocorrido devido à mudança de prefeito e gestores municipais (especificamente em Itajaí, a mudança também foi partidária), o que implica em novas e diferentes indicações da representação governamental. Outra consideração importante a fazer é sobre o tempo de fundação dos Conselhos, que, em sua maioria, são relativamente novos, possuindo em torno de 8 anos de existência, à exceção do Conselho Municipal de Saúde de Itajaí-SC que, assim como o de Cuiabá, funciona desde 1990 (Gráfico 05).

Gráfico 05 - Percentual de conselheiros de saúde, segundo número de mandatos, Cuiabá, 2015



Fonte: Questionários aplicados. Elaboração da autora (2015).

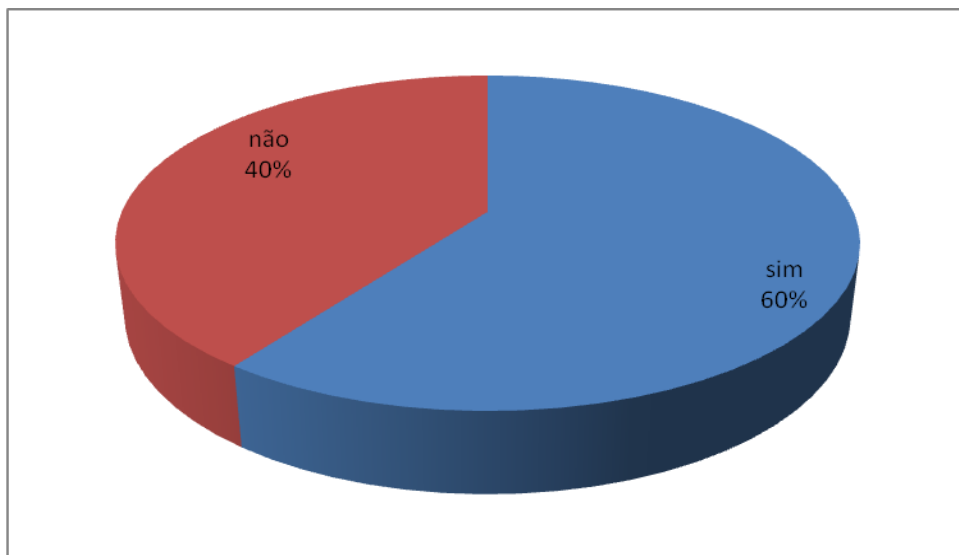
A pesquisa também permitiu conhecer o perfil participativo dos conselheiros no que concerne à sua atuação em outros conselhos: 60% (12) dos conselheiros afirmaram que atuam em outros conselhos. Na pesquisa do IPEA (2013), referente ao perfil e atuação de conselheiros nacionais, 30% afirmaram que nunca participaram de nenhum outro conselho, enquanto 29% já tinham participado de outros, mas no momento atuavam apenas no conselho nacional de referência da pesquisa, e 41% atuavam em mais de um no momento da pesquisa. E, assim como na pesquisa com os conselheiros de saúde de Cuiabá, é interessante observar que, mesmo de forma pouco acentuada, os representantes da sociedade civil são os que, proporcionalmente, mais atuam em mais de um conselho ao mesmo tempo.

Pode-se interpretar esta participação de duas maneiras: são sempre os mesmos conselheiros que se envolvem e se comprometem com suas bases, ou porque participar de um conselho requer uma aprendizagem, ao longo do tempo, já adquirida pelos que já fazem parte de um conselho. Os conselheiros de saúde de Cuiabá atuam nos seguintes outros conselhos de direito: Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS; Conselho Estadual de Saúde - CES; Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer - ABIFICC; Conselho Nacional de Segurança Alimentar - CONSEA/CBÁ; Conselho Municipal dos Direitos da Mulher; Conselho Estadual dos Direitos da Mulher; Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa - COMDIPI; Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência; Conselho Estadual dos Direitos da Criança e Adolescente - CEDCA; Fórum dos Direitos da

Criança e Adolescente e Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente - CMDCA (Gráfico 06).

O espaço dos conselhos permite aos conselheiros novos experimentos participativos que segundo Gohn (2011) na medida que recebem informações qualificam sua participação para tomada de decisões desenvolvendo uma sabedoria política. Reside aí um potencial educativo e integrador para os conselhos, o qual pode trazer bons resultados em relação ao desenvolvimento de competências e habilidades a partir das experiências vivenciadas.

Gráfico 06 - Percentual de conselheiros de saúde, segundo atuação em outros conselhos, Cuiabá, 2015



Fonte: Questionários aplicados. Elaboração da autora (2015).

3.4.2 Organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde

Tabela 01 - Organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, 2015

Categorização	Nº	%
1. Conhecimento da lei ou ato legal de criação do conselho	20	100
Sim	18	90%
Não	02	10%

(continua)

(continuação)

Categorização	Nº	%
2. Decisão de criação do conselho	20	100
Exigência Legal	11	55%
Da sociedade	07	30%
Organização não governamental	01	5%
Não sabe	02	10%
3. Existência de Regimento Interno do Conselho	20	100
Sim	20	100%
Não	00	-
4. Conhecimento do conteúdo do Regimento Interno	20	100
Sim	19	95%
Não	01	5%
5. Satisfação com o espaço físico do Conselho cedido pela Secretaria	20	100
Sim	11	55%
Não	09	45%
6. Periodicidade e frequência das reuniões	20	100
Mensais	20	100%
7. Proposição da pauta do Conselho²⁴	47	235%
Presidente do conselho	11	55%
Representante da secretaria	10	50%
Qualquer conselheiro	17	85%
Outros	09	45%
8. Divulgação prévia das reuniões	20	100
Sim	20	100%
Não	00	-
9. Abertura das reuniões do conselho à sociedade	20	100
Sim	17	85%
Não	02	10%
Não respondeu	01	5%

Fonte: Questionários aplicados. Elaboração da autora (2015).

Com relação a organização e funcionamento do Conselho Municipal de Cuiabá (Tabela 01), 90% (18) afirmaram conhecer a Lei ou Ato legal de criação do conselho, apenas

²⁴ Essa questão gerou mais de uma resposta por parte dos conselheiros, pois o Conselho Municipal de Saúde elabora as pautas com proposições do Secretário de Saúde (presidente do Conselho), qualquer setor da secretária, qualquer conselheiro e mesmo outros técnicos ou instituições. Sendo um assunto relevante para o SUS, os conselheiros acrescentam na pauta.

10% (02) disseram nem conhecer. Observa-se que ter conhecimento não significa que sabem o teor do documento com profundidade. No que se refere à decisão de criação do conselho obtivemos respostas diversificadas: a maioria, 55% (11), disse que foi por força da exigência legal; 30% (07) responderam que foi criado por força da sociedade; 5% (01) responderam que foi por iniciativa de uma organização não governamental; e 10% não souberam responder. Um ponto que consideramos importante é que 100% (20) dos conselheiros responderam que o conselho possui regimento interno, e que tinham conhecimento do seu conteúdo.

Quando responderam sobre o espaço físico cedido pela Secretaria para o funcionamento do conselho e realização das reuniões ordinárias, 55% (11) responderam estar satisfeitos, mas 45% (09) disseram não estar satisfeitos pois o espaço necessita de melhorias. A periodicidade das reuniões ordinárias é mensal e, quando necessário, são realizadas reuniões extraordinárias com pauta única. Em relação a quem propõe as pautas para as reuniões, os conselheiros não se limitaram a apontar apenas uma resposta, pois afirmaram que tanto o presidente, conselheiros, técnicos e até outras pessoas podem indicar uma pauta que, sendo de relevância e pertinente, é acatada pelo pleno do conselho; 55% (11) responderam que o presidente propõe a pauta, 50% (10) disseram ser os técnicos da secretaria, 85% (17) responderam que qualquer conselheiro propõe a pauta e 45% (09) responderam que qualquer cidadão pode propor a pauta.

Os conselheiros afirmaram que existe uma divulgação prévia das reuniões e que os documentos são enviados impressos; isso constatamos nas reuniões, pois os conselheiros trazem os documentos para as deliberações; o que notamos é a quantidade de documentos, o que nos leva a inferir se os conselheiros fazem a leitura e conseguem compreendê-los.

Quando os conselheiros foram perguntados se a reunião do conselho é aberta à comunidade, 85% (17) disseram que sim, todas elas são abertas ao público, 10% (02) responderam que não e 5% (01) não respondeu a essa pergunta.

Percebe-se que o Conselho Municipal de Saúde tem uma boa organização e está em funcionamento, tem uma lei de criação, regimento interno, suas reuniões têm se realizado, os conselheiros demonstram conhecimento dos aspectos legais, mas há necessidade de melhoria do espaço físico, apontado pelos conselheiros.

3.4.3 Atuação e desempenho do conselheiro

A Constituição de 1988 trouxe a definição de participação social como sendo necessária para as políticas e abriu um espaço para partilha do poder em diferentes áreas,

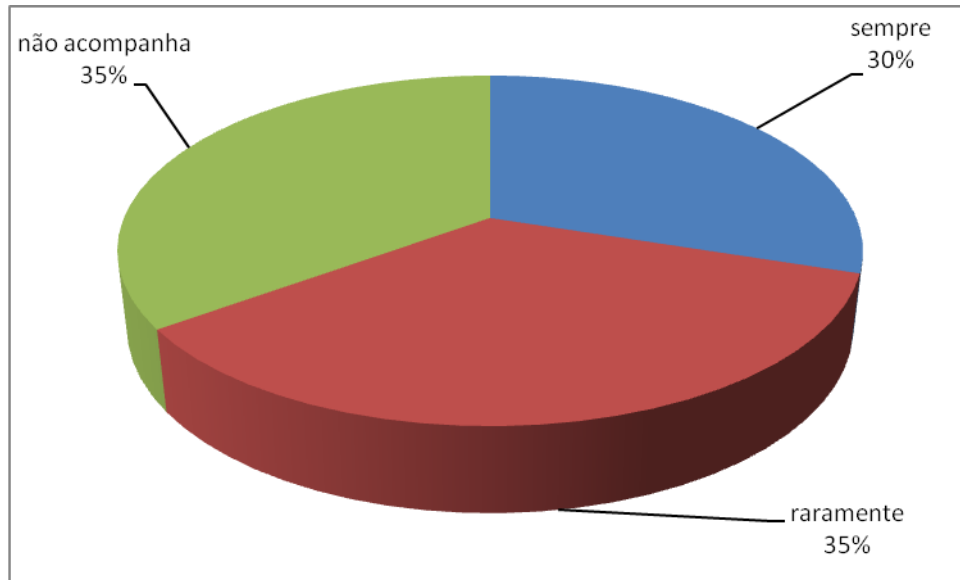
como: saúde, educação, assistência social, entre outras. Os conselhos foram criados a partir da regulamentação destas políticas. Os conselhos de políticas públicas são espaços públicos vinculados a órgãos do Poder Executivo, com a finalidade de permitir a participação da sociedade na definição e acompanhamento das políticas públicas. Os conselhos devem ser espaços permanentes de reuniões e continuidade de trabalhos. Neste sentido, esta parte da pesquisa apresenta a atuação e desempenho dos conselheiros de saúde, sua participação nos processos decisórios, na implementação de políticas.

Com relação à participação na elaboração e discussão dos Projetos de Leis do PPA, LDO e LOA²⁵, dos 20 conselheiros entrevistados, 35% (07) responderam não acompanhar, 35% (07) responderam que raramente acompanham e 30% (06) responderam acompanhar a elaboração e discussão dos Projetos de Lei. Esses percentuais são preocupantes, pois se somarmos os que não acompanham com os que raramente acompanham teremos 70% (14) dos conselheiros, e sabe-se da importância desses instrumentos para as deliberações dos projetos, contratualizações da Secretaria de Saúde. Normalmente há interpretações equivocadas do que venha a ser execução orçamentária e financeira. O conselheiro deve ter compreensão das disponibilidades orçamentárias da saúde, pois, havendo orçamento e não existindo o financeiro, não poderá ocorrer a despesa. Por outro lado, pode haver recurso financeiro, mas não se poderá gastá-lo, se não houver a disponibilidade orçamentária.

É importante para o conselheiro o conhecimento do PPA, da LDO e da LOA, para poder deliberar e desencadear debates junto ao gestor quando percebe as inconsistências dos projetos apresentados e das prestações de contas a serem aprovadas (Gráfico 07). Mas o conhecimento político é um componente igualmente importante para a luta pela efetivação da política pública, conforme nos aponta Matos (2004).

²⁵ O Plano Plurianual (PPA) é o instrumento de planejamento estratégico das ações do governo para um período de quatro anos. O PPA deve estar comprometido com o desenvolvimento sustentável e com a evolução das estruturas de gerenciamento dos órgãos da administração pública visando expressar com clareza os resultados pretendidos pelo governante que o elabora. É por meio de seu acompanhamento e avaliação que se torna possível a verificação da efetividade na execução dos programas e da revisão dos objetivos e metas definidas no PPA. A LDO deverá estabelecer os parâmetros necessários à alocação dos recursos no orçamento anual, de forma a garantir a realização das metas e objetivos contemplados no PPA. Trata-se, portanto, de instrumento que funciona como elo entre o PPA e os orçamentos anuais, compatibilizando as diretrizes do plano à estimativa das disponibilidades financeiras para determinado exercício (NASCIMENTO, 2010). A principal finalidade da Lei Orçamentária Anual (LOA) ou Orçamento da União é gerenciar o equilíbrio entre receitas e despesas públicas, tendo como uma das funções reduzir as desigualdades inter-regionais, segundo o critério populacional conforme § 7º, art. 165 - CF. a Lei Orçamentária Anual - LOA discriminará os recursos orçamentários e financeiros para o atingimento das metas e prioridades estabelecidas pela Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO.

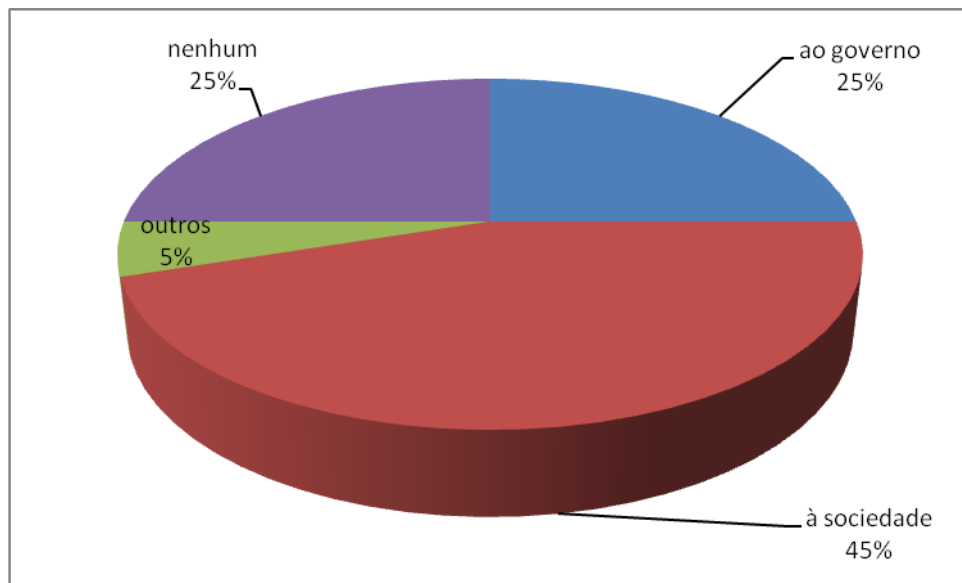
Gráfico 07 - Participação dos conselheiros de saúde, na elaboração e discussão na Câmara Municipal dos Projetos de Lei do PPA, LDO e LOA, Cuiabá, 2015



Fonte: Questionários aplicados. Elaboração da autora (2015).

No que se refere à subordinação do Conselho, no entendimento dos conselheiros, 45% (09) responderam que está subordinado à sociedade, 25% (05) que está subordinado ao governo, 25% (05) responderam que o Conselho tem autonomia, não está subordinado a nenhum órgão e nem mesmo à sociedade, e 5% (1) que está subordinado às associações, movimentos sociais (Gráfico 08).

Gráfico 08 - Subordinação do Conselho, no entendimento dos conselheiros, Cuiabá, 2015



Fonte: Questionários aplicados. Elaboração da Autora (2015).

Segundo Silva e Sousa (2014), os conselhos surgem no cenário das políticas públicas como novidade e conquista das reivindicações populares, e não temos como negar que possuem um papel mediador no âmbito da relação Estado/sociedade civil. Os conselhos de políticas públicas também exercem uma função pedagógica na formação da cidadania ativa, cada cidadão que participa de um conselho amplia sua compreensão sobre os assuntos da coisa pública.

O conselho tem demonstrado uma função pedagógica; na medida em que os conselheiros participam desse espaço democrático, eles ampliam a compreensão da realidade local, organizando-se com os diversos atores sociais que compartilham com eles este espaço; a discussão dos materiais em pauta, a apropriação dos conhecimentos se dá no diálogo que emerge dentro dos conselhos.

No interior do conselho, encontramos um grupo descrente do sistema, mas que sabe seu papel, e são capazes de perceber que enquanto conselheiro precisa estimular a participação dos usuários e que, como instância de controle social, deve executar sua função. O conselheiro relata que deve ser representante de sua base, trazer os anseios da população para dentro do conselho, mas se deparam com a falta de resolutividade do sistema, o conselho não tem poder de execução, mas deve acompanhar as propostas deliberadas para melhoria da saúde oferecida aos usuários. Para os conselheiros o conselho é um espaço de representação popular, mas o usuário não se apropria deste espaço e, muitas vezes, acaba deliberando sem

uma análise mais profunda das pautas, pois só consegue perceber as proposições que oferecem soluções imediatas.

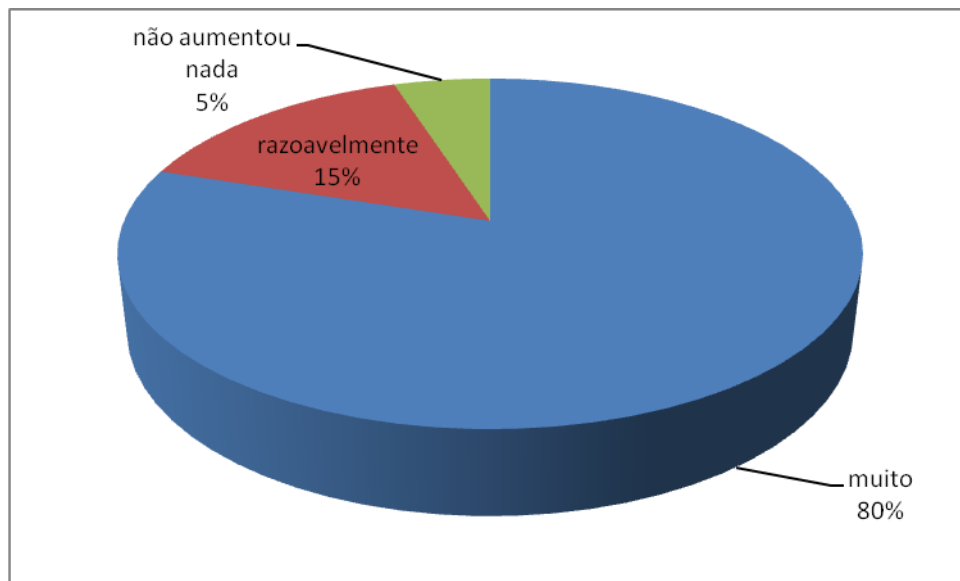
Kosik (1976) diz que a atitude primordial do homem sobre os fatos, coisas e situações não é daquele que toma conhecimento e examina a realidade para depois inferir uma ideia, mas de um ser prático agindo sobre a realidade de forma objetiva a partir de seus interesses imediatos. Cria suas próprias representações das coisas e acaba se distanciando da essência, da compreensão das coisas e da realidade. O fenômeno indica a essência e, ao mesmo tempo, esconde. É necessário que o homem tenha consciência de que existe uma oculta verdade da coisa.

Em 1990, no Brasil, houve uma mudança de perfil do Estado, de burocrático para gerencial, dando-se ênfase das políticas nos resultados e não mais nas regras e nos procedimentos, como ocorria. As políticas descentralizadas e orientadas conforme as diretrizes da Reforma do Estado envolvem uma perspectiva de controle social limitada, no sentido de evitar que os recursos destinados aos municípios sejam desviados ou mal aplicados sem que alcancem seus fins (SILVA; SOUSA, 2014).

A nova institucionalidade das políticas públicas no Brasil não pode ser compreendida criticamente sem os elementos constitutivos da participação popular na perspectiva do materialismo dialético ou da filosofia da práxis. Com relação ao movimento histórico das lutas sociais no Brasil, não há como negar que a Constituição de 1988 garantiu novos contornos para este tipo de controle social e com isso ela garantiu também maior participação popular. [...] O fato de os conselhos estarem inscritos na Constituição de 1988 é uma expressiva prova de uma conquista da sociedade, sobretudo em função de suas possibilidades de elevação do nível de consciência social das classes populares, no que se refere aos direitos de cidadania (SILVA; SOUSA, 2014, p. 50).

Ao serem questionados sobre o interesse pelo controle social das políticas públicas após sua inserção no Conselho, 80% (16), que representam a maioria dos conselheiros, responderam que aumentou muito, o que os tem levado a participar também das comissões temáticas para conhecer os processos, projetos e demais documentos da saúde; 15% (3) dizem que o interesse aumentou razoavelmente; e 5% (1) disse não ter aumentado em nada, não se sente motivado a saber mais (Gráfico 09).

Gráfico 09 - Aumento do interesse dos conselheiros de saúde pelo controle social das políticas públicas após participação no conselho, Cuiabá, 2015



Fonte: Questionários aplicados. Elaboração da autora (2015).

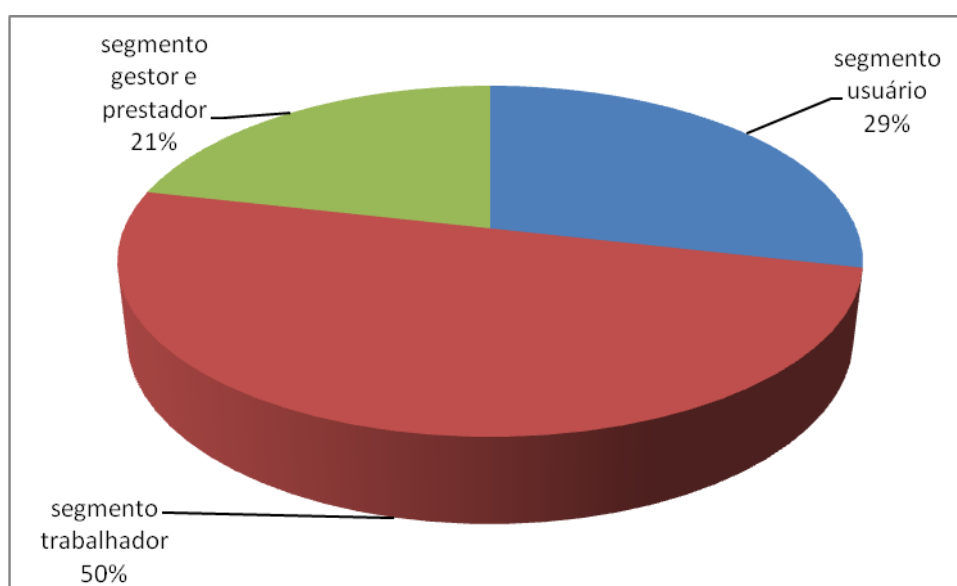
O controle social é um dos fundamentos do SUS; pensar políticas públicas, fiscalizar as contas do município são atribuições dos conselheiros para o exercício do controle social. A participação nos processos decisórios é essencial para que a aplicação dos recursos traga benefícios à população. Citando Lima (2011), podemos ter participação sem ter relações democráticas, mas não podemos ter relação democrática sem participação. Não existe democracia sem que pessoas, no caso os conselheiros, se envolvam no processo decisório, apoiando projetos transformadores. No Brasil e em vários outros países da América Latina a construção da democracia é muito frágil. O que a Constituição de 1988 trouxe como um modelo de cidadania social, política e coletiva, “todo o poder emana do povo, que exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente”, reduziu-se a uma participação que não atende aos anseios de igualdade, remetendo, no campo do poder, à manutenção de uma situação de controle de muitos por alguns, o que significa um modelo de participação instrumental, onde os atores acham que estão participando, mas apenas cumprem orientações.

Quando interpelados quanto à participação dos segmentos nas reuniões do Conselho, segundo o entendimento dos conselheiros, quem mais participa, interfere e debate são os representantes dos trabalhadores, com 50% (14), seguido dos representantes dos usuários, com 29% (08), e por último, os representantes do gestor/prestadores de serviço, com 21%

(06); os conselheiros não responderam apontando apenas um segmento, mas apontaram mais de um por ordem de participação.

Pode-se inferir que os representantes dos trabalhadores também são técnicos da saúde, com maior conhecimento sobre os assuntos tratados; desta forma, assumem a liderança dos debates no Conselho, destacando-se sobre os demais. Os usuários também foram apontados como participantes do processo, alguns para questionarem assuntos que não dominam ou mesmo para se firmarem dentro do espaço democrático. Os gestores e prestadores parecem estar alheios às discussões do Conselho, fazendo poucas intervenções, se manifestando quando o assunto é de interesse da Secretaria [observações das reuniões do Conselho] (Gráfico 10).

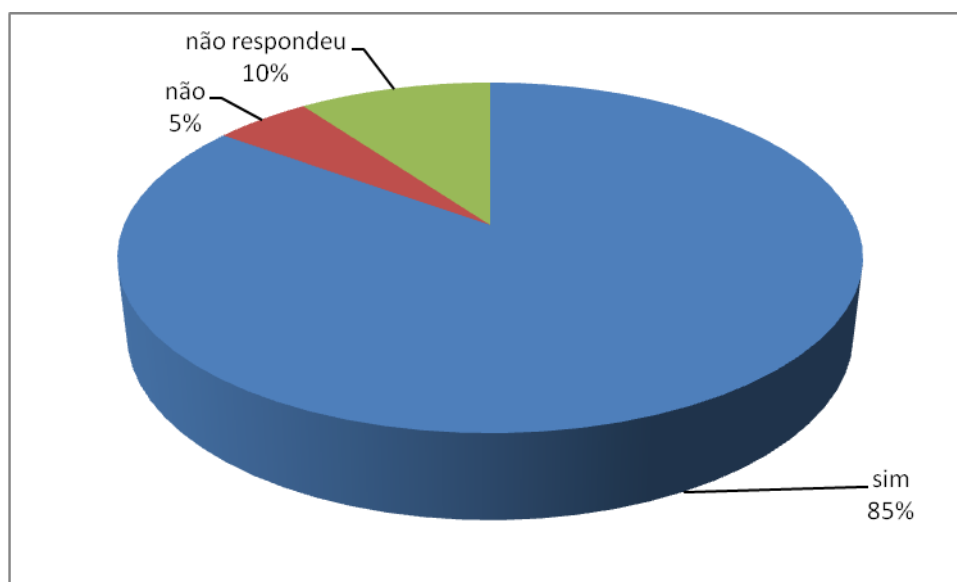
Gráfico 10 - Participação dos representantes por segmento nas intervenções feitas nas reuniões, segundo entendimento dos conselheiros de saúde, Cuiabá, 2015



Fonte: Questionários aplicados. Elaboração da autora (2015).

Com relação à participação do Conselho nas ações de planejamento do município, segundo o entendimento dos conselheiros, 80% (17) responderam que o conselho participa, 5% (01) respondeu que o conselho não participa, e 10% (02) não responderam, não quiseram se manifestar sobre o tema (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Participação do conselho em ações de planejamento do município, por segmento, segundo informação dos conselheiros de saúde, Cuiabá, 2015



Fonte: Questionários aplicados. Elaboração da autora (2015).

Importante observarmos, como nos dizem Saliba et al. (2013), que dentre os instrumentos fundamentais do planejamento, que devem ser utilizados pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, destaca-se o Plano Municipal de Saúde que deve ser construído coletivamente, apresentando as intenções políticas, diretrizes, prioridades, objetivos, quadro de metas, estimativa de recursos e gastos necessários para o alcance das metas do setor saúde, com a participação ativa do Conselho Municipal de Saúde, objetivando concretizar o controle social das ações de saúde.

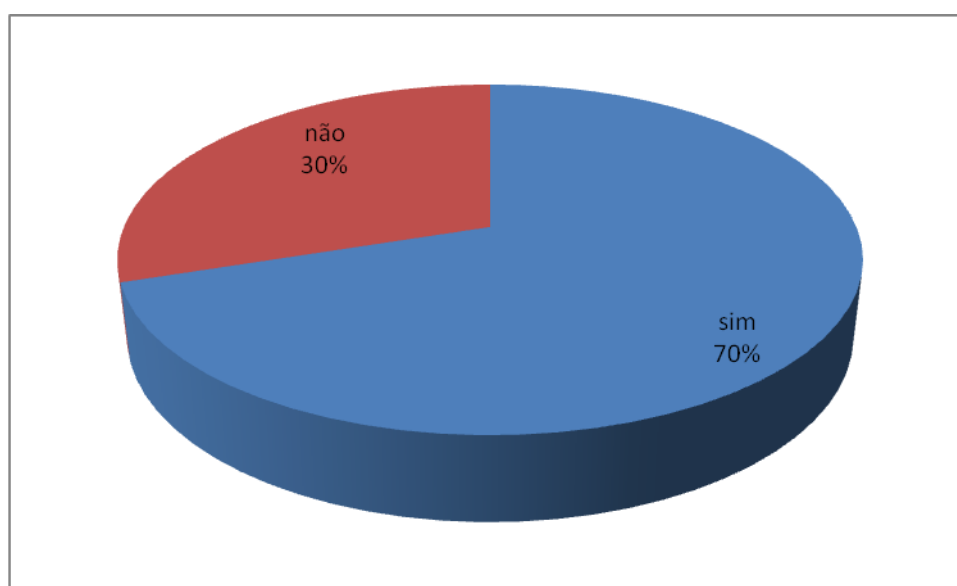
Os conselheiros devem não só participar, mas avaliar como o processo de planejamento da saúde no nível local está ocorrendo, para identificar as dificuldades enfrentadas pelos gestores municipais, assim como subsidiá-los na condução de um processo participativo, de acordo com a legislação e o uso racional da verba disponibilizada, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo SUS e da qualidade de vida dos munícipes.

Sabe-se que o planejamento em saúde é o processo pelo qual a Secretaria de Saúde e seus Conselhos definem as ações que serão transformadas em políticas de saúde no período daquela gestão. Os conselheiros relataram participar desse processo, mas como expectadores e não colaboradores, para construção do plano de saúde com suas metas, diretrizes e orçamentos que devem ser desmembrados em ações efetivas para a melhoria da saúde da população. Informaram, ainda, que aprovam esses planos e que, muitas vezes, com ressalva,

mas ainda não existe um acompanhamento efetivo no sentido de averiguar se as ressalvas foram inseridas no plano de saúde.

No que se refere às irregularidades identificadas na utilização dos recursos públicos, 70% (14) dos conselheiros disseram já ter tomado conhecimento de algumas irregularidades e 30% (06) responderam que não (Gráfico 12) Os que responderam afirmativamente, informaram que, após averiguarem a procedência dos fatos, fizeram os seguintes encaminhamentos: denúncia ao Ministério Público, Tribunal de Contas do Estado, Ministério Público Federal, Tribunal de Contas da União, envio de relatório à Defensoria Pública e Relatório para Gestão da Secretaria de Saúde e, por fim, visita “in loco”.

Gráfico 12 - Irregularidades identificadas na utilização dos recursos públicos pelos conselheiros de saúde, Cuiabá, 2015



Fonte: Questionários aplicados. Elaboração da autora (2015).

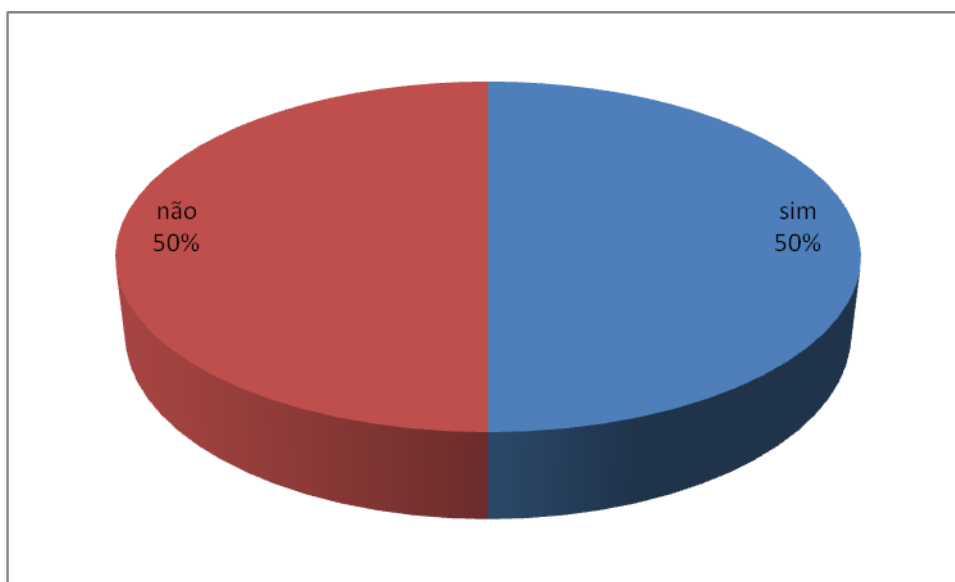
Segundo Silva (2010), a conduta desonesta é imoral, atentatória da justiça, do Direito e do bom senso, disseminando suas mazelas por toda a sociedade. Concordamos com o autor, quando diz que o legislador reconhece os malefícios da improbidade administrativa para o Estado e para a sociedade, e tem instrumentalizado instituições para combater tão nociva prática, mas a legislação em vigor, ainda que tenha avançado significativamente na batalha contra a improbidade administrativa, não tem logrado o êxito desejado em extirpar, ou ao menos minimizar a incidência desse mal, seja pela ineficiência das instituições, seja pelas

divergências doutrinárias e encerradas nos tribunais acerca da melhor interpretação dos dispositivos legais.

Desta forma, é importante o debate sobre o tema nos espaços democráticos, como é o Conselho de Saúde, que deve estar vigilante sobre a conduta daqueles que estão gerenciando bens e dinheiros públicos, cuja conduta deve ser norteadada por irrepreensível lisura.

Quanto à participação dos conselheiros em capacitações nos últimos 12 meses, 50% dizem ter tido algum tipo de capacitação e 50% disseram nunca ter participado (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Participação dos conselheiros de saúde em atividades de formação nos últimos doze meses, Cuiabá, 2015



Fonte: Questionários aplicados. Elaboração da autora (2015).

Para Wendhausen et al. (2006), a capacitação é fundamental para que o conselheiro assuma a sua função. Na pesquisa das autoras junto aos conselhos municipais de saúde, assistência social, segurança alimentar e idoso de Itajaí-SC, constatou-se que 37% dos conselheiros passaram por algum processo de capacitação, entretanto estes não souberam dizer sobre os conteúdos destas capacitações, muitos não conseguiam precisá-las, o que demonstrou a importância de capacitação para o exercício de seu papel enquanto conselheiro. A pesquisa de Tonella (2003) também aponta a formação como uma lacuna existente para o bom funcionamento dos conselhos, pois tanto os representantes governamentais como a sociedade civil se referiram à falta de capacitação dos conselheiros para uma atuação mais efetiva. Para Wendhausen et al. (2006) a atuação nos conselhos gestores deve

“desmonopolizar” o poder e o saber, tornando-o um espaço de diálogo e articulações dos diferentes atores sociais, o que pressupõe habilidades específicas que poderiam ser garantidas através de capacitação ou educação permanente e formativa; entretanto, o processo de capacitação tem sido lento e geralmente acontece a partir de modelos de educação tradicional, que desconsideram a participação do educando em seu próprio processo de aprendizagem.

No entendimento das autoras, e concordamos com elas, os momentos de capacitação devem se tornar cotidianos e com metodologias ativas, fundamentadas numa concepção crítica das relações humanas, inspirando uma prática educativa transformadora e participativa, centrada na construção do conhecimento e na aprendizagem de conteúdos vivos, significativos e atualizados, que levam ao empoderamento dos conselheiros.

Gohn (2006) nos traz contribuições acerca da educação não formal que se dá a partir da sociedade civil dentro dos conselhos e apresenta várias dimensões, como a aprendizagem política dos direitos dos indivíduos enquanto cidadãos, a aprendizagem e o exercício de práticas que os capacitam para se organizarem com objetivos comunitários e para solução de problemas coletivos, e a aprendizagem de conteúdos que permitem fazerem uma leitura do mundo, compreendendo o que se passa ao seu redor. Compartilhamos com Gohn (2006) a ideia de que educação não-formal que se estabelece no interior do conselho é aquela que se aprende no compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivas cotidianas.

Apesar da quantidade de capacitações que vêm sendo oferecidas há mais de 20 anos aos conselhos, o conselho é o principal lócus de aprendizado, alguma formação é importante no sentido de somar as experiências adquiridas dentro deste espaço.

3.4.3.1 Percepção do conselheiro quanto à importância da capacitação

Dos conselheiros entrevistados, 50% responderam não ter tido nenhuma capacitação desde seu ingresso no conselho, e a consideram essencial para atuarem efetivamente no conselho.

Não, ainda não, ajudaria muito se tivesse a capacitação, até mesmo pra gente poder entender um pouquinho melhor do conselho, devido como já tinha falado, quem trabalha na empresa privada, não temos tempo de ficar parado lendo, atualizando [...] um curso seria bom, porque você vai as pessoas vão te explicar, vai ta falando o que mais você pode fazer, porque o papel de conselheiro é muito importante, tanto na fiscalização como também na cobrança, e o curso ajudaria muito. (U02).

Não [...] com certeza a gente ia conhecer mais legalmente o que é o nosso papel. (U04).

Não, é uma das coisas que a gente solicita e tá cobrando para que todo conselheiro tenha capacitação a até interação com outros conselhos de cidades vizinhas e até mesmo de fora. (U06).

[...] não são efetivadas as capacitações, inclusive tá dentro do nosso plano de trabalho que é justamente retomar as capacitações dos conselheiros e também dos conselhos gestores [...] a gente tem que capacitar os conselheiros não tão somente na ação do que é o SUS, do que é controle social, mas sim voltar pra ele do nosso papel, porque hoje aprendi tudo [...] mas quando vem pra gente analisar PPA, PTA, RAG que era LOA, todas essas siglas os conselheiros fica perdido a gente quer capacitar realmente o que que é o PPA, o que é um PTA como vincula um com o outro [...]. (T03).

Os conselhos emergem como espaços fundamentais no processo de construção das políticas públicas, que devem ser entendidos como espaços de disputas, já que nas suas composições existem segmentos com diferentes interesses (usuários, gestores públicos e privados, e trabalhadores da área), que lutam por hegemonia nas deliberações do Conselho, com vistas a efetivar ou não a política pública; mas os Conselhos não devem se constituir apenas em mais um espaço burocrático no Estado, assim requer-se que todos os seus membros tenham conhecimentos técnicos mínimos, além de políticos.

Para Matos (2004), capacitar, empoderar os membros do conselho não implica desmerecer o conhecimento da população, sendo que o processo de ensino e aprendizado deve ser entendido enquanto mútuo e uma troca de saberes diferenciados.

É fundamental que as capacitações sejam concebidas como formação importante, mas não o suficiente no plano político; para além do que tais cursos possam subsidiar tecnicamente, os sujeitos que compõem os conselhos precisam estar atentos às disputas políticas, ao jogo de manipulação dos grupos que detêm interesse lucrativo para a deliberação de determinadas propostas; por mais capacitação que se tenha num determinado colegiado, esse tipo de jogo de interesses não é capturado via conhecimento técnico, mas sim por hegemonia político e ideológica. Quando referencio Nogueira (2011), sobre as categorias de participação (discussão do capítulo 1), e também Lima (2011), quero chamar a atenção para os problemas que tais mecanismos de implementação desse atual modelo de política pública causam no movimento dessas tão importantes instâncias (os conselhos de políticas públicas) das quais faz parte o conselho que é objeto deste estudo, que, a priori, deveriam efetivar os serviços públicos a favor do seu legítimo público que é a classe trabalhadora; mas constatei, com os resultados revelados, que, dentro de um movimento pseudoconcreto, a essência

encoberta pela aparência se revela no cotidiano do conselho em questão, sobretudo quando falas obtidas nas entrevistas evidenciam que, no plano deliberativo, o consenso é muitas vezes forjado por uma dissimulada ação dos segmentos mais hegemônicos que dificultam a compreensão e a expressão livre e autônoma do segmento dos usuários, e isso pressupõe hegemonia e soberania popular, como condição *sine qua nom* de superação dos problemas. A exemplo da fala de alguns conselheiros: “Eu vejo o conselho como uma gestão participativa” (U02); “Acredito que estamos ali fiscalizando, analisando a política de saúde do município” (U04); “é extremamente importante, porém o usuário não tem estrutura pra ta participando, não tem conhecimento” (U06).

Mesmo para os conselheiros que passaram por alguma capacitação, é essencial que esse processo seja permanente e aconteça no cotidiano das rodas de conversa, das reuniões, das visitas aos conselhos gestores. Os conselheiros apontam como uma falha da gestão a questão da capacitação, mesmo os que tiveram oportunidade de participar de cursos e oficinas não se sentem preparados.

[...] mas acredito que há uma falha em todas as gestões, tem que ter essa capacitação. Hoje ainda me sinto despreparada em termos de capacitação [...] ta muito a desejar a capacitação de conselheiros [...] o conselheiro entra mudo e sai calado, algumas pessoas que ainda se manifestam [...]. (T04).

O desafio é engendrar esforços para que os conselheiros se apropriem do conhecimento necessário para que possam efetivar uma postura propositiva. O conhecimento teórico e político é um componente importante para a luta pela efetivação da política pública, sendo a democratização do conhecimento uma estratégia para o controle social, que significa a participação da sociedade civil na elaboração, implantação e fiscalização das políticas públicas (MATOS, 2004).

3.4.3.2 Atribuições na função de conselheiro

A maioria dos conselheiros tem noção do seu papel dentro do conselho, mas ainda percebe-se dificuldades em explicitá-las e assumí-las efetivamente. A falta de tempo é um dos fatores. Nota-se que o papel de fiscalizador está acentuado na fala dos conselheiros.

Atualmente eu só participo da reunião no dia, leio a pauta do dia pra poder saber no que a gente vai votar, o que ta acontecendo e pronto. (U02).

Melhoria do atendimento ao usuário, o resto é acessório [...]. (G03).

O conselheiro seria uma pessoa que fiscaliza, mais ou menos assim, tipo um fiscalizador [...]. (U04).

Atribuições são várias uma delas é estar ali na elaboração das políticas públicas, fiscalização delas e principalmente não só na fiscalização, mas estar apoiando a comunidade para obter a saúde necessária. (U05).

A gente atua em várias comissões, algumas delas não dá nem pra participar que é tantas comissões, tem que ta participando, poucos conselheiros que tem tempo também pra ta participando, como sempre as pessoas fala, é as mesmas carinhas carimbada, a gente participa de várias comissões, eu participo [...]. (U09).

Não basta que o conselheiro conheça suas atribuições, há necessidade de vivenciá-las a partir da participação que, de acordo com Nogueira (2011), e compartilhamos com o autor, a participação deve ser também política, pois é mediante a participação política que o pacto social se objetiva, se recria e se fortalece, fazendo com que desigualdades físicas ou naturais sejam substituídas por igualdade moral e legítima. Dessa forma, conselheiros e grupos fazem com que o poder se democratize e seja compartilhado; essa participação consolida, protege, dinamiza a cidadania e todos os variados direitos humanos (incluem o direito à vida e à liberdade, à liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho e à educação, entre e muitos outros), a participação é essencialmente e necessariamente política.

Lima (2011) aponta a necessidade de superar o caráter de representatividade da democracia, criando canais de controle social, criar alternativas, pois a grande contribuição dos movimentos sociais para a democracia e a democratização reside na possibilidade de efetivação de uma ação democrática direcionada ao controle social da administração pública. Fomos e somos protagonistas, e, como a história é constituída pelos sujeitos, eles vencem ou perdem os embates. A democracia é um processo que necessita fundar-se numa participação constante e ampla para que se realize sob a determinação, o controle e a construção da sociedade civil organizada.

3.4.3.3 O Conselho Municipal de Saúde como um espaço para a participação do usuário

Concordamos com Gohn (2004) que, para que a comunidade seja protagonista de sua história, deve apoderar-se do conhecimento, do seu espaço dentro do conselho, e esse empoderamento deve levá-la a um processo de mobilizações e práticas destinadas a promover

e impulsionar outros grupos e comunidades, no sentido de seu crescimento, autonomia, melhora gradual e progressiva de suas vidas.

Os conselheiros consideram o espaço do conselho como uma oportunidade de reivindicar, lutar por direitos da comunidade, mas ainda não perceberam a força que têm, ainda não ocuparam de fato e de direito esse espaço.

De extrema importância para melhoria do atendimento ao usuário, mas pouco utilizado por eles [...] o usuário deveria ocupar mais o espaço do conselho, mas não são preparados para isso (ser conselheiro). (G03).

Sim porque é lá que a gente tem a oportunidade de cobrar é, as ações do prefeito e o que ta acontecendo em relação a saúde, do tratamento, as pessoas, os usuários que precisam desse serviço oferecido pela secretaria, então assim [...] a função do conselho é muito importante. (U02).

Eu acredito que é o único espaço que o usuário tem legalizado para estar exigindo dos próprios gestores as políticas públicas porém não vejo tanta eficiência do setor. (U05).

Eu considero, pena que o usuário não utiliza esse espaço como deveria, até porque o conselho também não oferece condições físicas do usuário estar participante, a nossa sala de reunião é uma sala acanhada, nos não teríamos condições por exemplo de fazer uma reunião com a participação de presidentes de bairro [...] porque nosso espaço é limitado, acho que o espaço físico limita um pouco a participação [...]. (U08).

Com certeza [...] e a gente coloca isso que hoje em dia são poucas as pessoas que querem participar, que querem discutir as políticas, os problemas da sociedade e dedica um pouco do seu tempo pró bem comum, né, porque participar de conselho é isso, então a gente ta delegando muito pro político a gente delega as coisas pra um representante e nem se preocupa em ter uma devolutiva. O que ta se passando, né, a sociedade precisa acordar porque a gente ta perdendo muito espaço, né, tem que se apoderar mais, ter conhecimento das leis, pra poder reivindicar e buscar o seu espaço mesmo [...]. (G01).

Silva (2011) nos aponta que, para a sociedade civil, conquistar os espaços e participar nesses colegiados ainda não representa avanço.

De acordo com Kosik (1976), o mundo real é oculto pela pseudoconcreticidade, apesar de nela se manifestar; nesse sentido, há uma contradição essencial na realidade que é preciso desvendar. Sabe-se que a realidade não se apresenta no aparente de forma total, apenas parcial; o conselheiro precisa ter clareza da dubiedade da qual se reveste a realidade social, para que, imbuído de uma visão de homem e de mundo, criticidade, consiga captar suas contradições.

A participação social se constrói dentro de uma relação ampla do tipo sociedade/Estado, com propósito de mobilizar energias para uma gestão participativa, com atores motivados, solidários, engajados a causas maiores, lastreados para o desenvolvimento de um espírito cívico junto a comunidades atuantes e autônomas (GOHN, 2011). Dessa forma, a população só vai ocupar esse espaço se for motivada, conforme nos aponta a autora. Foram tantos anos de desconstrução do SUS, que a população ainda está em descrédito, o que nos leva a inferir que o esvaziamento da população nas lutas do conselho pode ser decorrente deste fato.

Esse espaço é um patrimônio que a Constituição de 1988 trouxe com a criação do SUS, colocando a sociedade para participar e se manifestar, mas é preciso fortalecê-los para que se apropriem do que é deles, e demonstrem essa força que se encontra “adormecida”.

Como foi sendo tratado continuamente neste estudo, dos anos de 1980, que algumas conquistas importantes surgiram na Constituição Federal, não é menos verdadeiro afirmar que a derrocada de outras conquistas marcou a década de 1990 em diante, no Brasil. Como já mencionei Montãno (2002), vale ressaltar a força com a qual aparece o terceiro setor para fins de basilar as tensões entre o Estado e a Sociedade Civil no plano do atendimento às políticas públicas. Em pleno ensejo do ordenamento jurídico de cunho neoliberal, o Estado é altamente declarado como mínimo para as políticas sociais e máximas para as políticas de mercado que se direcionam ao setor privado. Em outras palavras, no campo da saúde, foi necessário persuadir a população que o setor privado, por meio de OSs, OSCIPs, Organizações Não Governamentais, enfim, o terceiro setor, seria mais eficiente na implementação das políticas públicas. Tal processo não tem sido exitoso.

Acerca disso, Montãno (2002) assevera que o projeto neoliberal, sob o desenho do terceiro setor reciclado, com pretensões de nova legitimação, “retempera” o trato à questão social, orientando as políticas sociais estatais no sentido da sua retirada gradativa da órbita do Estado. Dessa forma, passam a coexistir três tipos de respostas: 1) uma espécie de atendimento gratuito de nível precário, de modo focalizado e descentralizado, destinado à população mais carente; 2) mercantilização dos serviços, transferidos ao mercado e vendidos ao consumidor; e 3) filantropização dos serviços destinados aos excluídos nas modalidades anteriores, e, neste espaço, surge o chamado “terceiro setor”, reservando o atendimento aos “não-cidadãos”.

Para Behring e Boschetti (2008), os governos de orientação neoliberal não buscaram (FHC ainda mais que Lula²⁶) construir arenas de debate e negociação sobre a formulação das políticas públicas, dirigiram-se para medidas aprovadas no Congresso Nacional ou medidas provisórias, optaram pela via tecnocrática e decretista. Houve uma forte tendência de desresponsabilização pela política social, as formulações de política social foram capturadas por uma lógica de adaptação ao novo contexto neoliberal com as privatizações. Yasbek (apud BEHRING; BOSCHETTI, 2008), denomina a refilantropização das políticas sociais, o apelo ao terceiro setor como agentes do bem-estar substituindo a política pública. Isso tem remetido aos esquemas tradicionais de poder, como as práticas de clientelismo e favor.

O terceiro setor entrou na relação da esfera público-privada como busca de consenso da sociedade civil para a transferência de responsabilidades que antes eram do Estado, que se desobriga, e passam a ser de OSs, OSCIPs, Organizações Não Governamentais como forma de criar um novo campo de atuação para facilitar a apropriação mercadológica pelos serviços que eram exclusivamente públicos.

3.4.3.4 Assuntos tratados com maior relevância pelo Conselho

Nos assuntos tratados nas reuniões ordinárias do conselho, percebe-se na fala dos conselheiros que eles estão cientes de que determinados assuntos são trazidos para discussão de última hora para que não se perca recursos, e o conselheiro acaba votando na emoção, sem ter tido a oportunidade de estudar o assunto.

O que percebo é que todas as pautas trazidas pelo gestor, pelo secretário de saúde, dadas como emergenciais, é até uma situação negativa porque não dá espaço pro conselheiro estar estudando a pauta [...] traz de surpresa pra dentro do conselho, gera vários conflitos, várias dúvidas e os conselheiros acabam votando na emoção realmente. Essas são as pautas mais discutidas e que teve maior relevância. Pautas de políticas públicas para dar continuidade a tratamentos elas não são discutidas. Parece que o conselheiros não consegue absorver a continuidade de um tratamento, a continuidade de um serviço de saúde. Eles [...] é muito em cima da hora, é aquela coisa vai perder milhões se você não votar nisso. Uma situação que me deixa muito angustiada, foi da dengue, a gente tem toda estatística pra estar estudando um parecer mensal epidemiológico que é repassado, só que é sempre votado pra essas promoções da dengue em cima da hora. Ele traz 48 horas antes da

²⁶ “O governo Lula iniciou com a perspectiva de construção dessas arenas, a exemplo do processo de discussão do Plano Plurianual, da instituição do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social, etc. Contudo é público que o PPA não incorporou as principais propostas dos movimentos sociais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 154).

pauta principal [...] qual conselheiro vai dizer não pra perder milhões dentro da secretaria. (U05).

Percebe-se a luta de forças dentro do conselho, e os que mais se posicionam são os trabalhadores e alguns usuários que propõem, votam e não vêem efetividade nas deliberações.

Foi a do Hemocentro, nossa muito triste, nos aprovamos mas depois eu penso que não aconteceu nada, pois até agora não vi nada, pois com relação as condições que estavam muito precárias [...] eles foram lá pediram a gente votou [...] fez uma resolução pedindo a capacitação de lá, arrumar, porque lá nem geladeira, nem ar condicionado eles não tem, então foi muito difícil [...]. (U10).

[...] RAG 2010 e 2012 verificamos um monte de coisas que não estava atendendo do plano de trabalho, eles não tinham feito nada em cima do que tinha trabalhado e aí que nos começamos a aprofundar que hoje na nossa análise do RAG a gestão é tão preocupada da análise feita por nós que chama inclusive as equipes técnicas dele pra poder acompanhar o conselho, por quê? Eles viram que a gente aprofundando cada vez mais, tá tendo mais conhecimento em relação a esses assuntos, o desfecho foi que reprovamos o RAG, não foi uma reprovação pura e simplesmente [...] foi uma reprovação porque nós analisamos e vimos que tinha coisa feita de forma irregular. (T03).

Segundo Correia (2007), a sociedade civil não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios; as lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de setores que representam os interesses do capital e do trabalho (ou de desdobramentos desta contradição, como a exclusão de gênero, etnia, religião, a defesa de direitos, da preservação do meio ambiente, entre outras lutas específicas).

O Conselho de Saúde é um espaço de lutas entre interesses contraditórios pela diversidade de segmentos da sociedade nele representados (CORREIA, 2007); constitui-se em espaço contraditório em que, de um lado, pode formar consenso neutralizando os conflitos imanentes ao processo de acumulação do capital e, de outro, pode possibilitar aos segmentos organizados na sociedade civil, que representam as classes subalternas, defenderem seus interesses em torno da política de saúde.

Percebemos, como Correia (2007), que o espaço do conselho não é neutro, pois, nas tomadas de decisões manifestam-se conflitos em torno de projetos de sociedade contrapostos, pois os interesses dos diversos segmentos sociais nele representados nem sempre são consensuais, os representantes de setores organizados na sociedade civil que compõem um Conselho podem defender os interesses do capital ou do trabalho, em cada proposta apresentada ou aprovada em torno da direção da política de saúde.

Os conselhos têm grandes potencialidades como arenas de negociação de propostas e ações que podem beneficiar milhares, milhões de pessoas e de aprofundamento da democracia, mas há também dificuldades da participação.

3.4.3.5 Dificuldades encontradas no contexto da participação no Conselho de Saúde de Cuiabá

O espaço do Conselho, na fala dos conselheiros, é um espaço aberto; qualquer cidadão pode participar e, se quiser, ter o direito a voz, basta solicitar a um conselheiro; mas, percebe-se que, mesmo com toda essa abertura, ainda são acanhadas as manifestações, e o espaço limitado para participações mais significativas.

O espaço físico do conselho ainda é impróprio, falta de apoio financeiro da SMS, pois o valor da diária paga para participação em eventos nacionais é insuficiente, estrutura do conselho é precária, falta apoio do jurídico e assessoria de comunicação [...] mas a secretária executiva é ótima. (G03).

Sim eu gostaria de participar mais, como eu disse acho muito importante só que a dificuldade maior é o tempo nosso que tamo dentro de uma empresa privada, né, que você não tem tempo pra nada, você tem meta pra cumprir, [...] outras atividades e acaba você não desempenhando bem o seu papel como conselheiro. (U02).

As dificuldades que eu vejo é o gestor entender que o conselho de saúde, o conselheiro é parceiro, ele tem o poder de ta alertando o gestor nas dificuldades da população. (U03).

Kosik (1976) nos auxilia na compreensão de que a práxis utilitária é envolvida pelo senso comum e não pela percepção consciente do real. Demonstrando, portanto, quão necessário é destruir a pseudoconcreticidade, para o autor, “a destruição da pseudoconcreticidade significa que a verdade não é nem inatingível, nem alcançável de uma vez para sempre, mas que ela se faz; logo, se desenvolve e se realiza” (KOSIK, 1976, p. 19). Assim, pode-se dizer que a maior aproximação com a verdade depende do conhecimento sobre esse fenômeno, que está relacionado à construção histórica do sujeito, influenciada por múltiplas relações sociais e com a própria construção do conhecimento.

Dessa maneira, o método histórico de construção do conhecimento demonstra, de modo perceptível, uma evidente distinção entre essência e aparência, sendo que a realidade contém muitas determinações que não se mostram de imediato aos olhos de quem observa, assim os dados não surgem ou se revelam espontaneamente.

Quando adentramos no espaço do conselho e o vemos funcionando, se reunindo sempre com quórum, nossa primeira impressão é de que tudo está na mais perfeita harmonia, sociedade civil e gestão. Mas, quando conversamos com os conselheiros, percebemos que ainda existem “mordaças invisíveis”, que se revelam quando aprofundamos o diálogo.

Eu passei por uma situação em 2010 dentro do conselho de realmente ser vamos dizer caçada, eu perdi emprego [...] fiquei proibida de entrar por 60 dias na unidade porque apresentei dentro do conselho o relatório de como estava o atendimento[...] então o próprio gestor, ele inibiu, ele acaba podendo você de certa forma de fazer o controle social. Se você não consegue ter essa abertura, se você não tem vínculo com a secretaria bem, ótimo, pode fazer o seu papel de controle social [...] então o que eu percebo que não conseguimos fazer o controle social, é uma utopia esse controle, apesar de estar legalizado de ser exigido pra que todos os municípios tenha um conselho e que esse conselho seja um órgão fiscalizador, ele não consegue fiscalizar, não consegue fazer o papel dele [...] manda pra defensoria, pro Ministério Público e ele é arquivado. Acaba que você vai perdendo a vontade de estar presente. Eu mesmo pra que, o que que eu vou fazer no conselho, assinar uma pauta. O que eu vejo é que eu to contribuindo pra que eles façam do jeito que eles querem. (U05).

Apesar dos conselhos representarem um avanço, enquanto a democracia não for ampliada no âmbito da concepção, os conselhos estarão sujeitos a enfrentamentos com formas tímidas de participação, e os processos deliberativos ali desenvolvidos acompanharão as determinações legais impostas a eles (SILVA, 2011, p.65).

A fala do conselheiro denota a falta de credibilidade no próprio conselho e nas instituições parceiras consideradas idôneas, como o ministério público. Há evidências de que o conselheiro foi cerceado em seus direitos de se expressar. Quando o conselheiro diz: “acaba se perdendo a vontade de estar presente”, representa que o conselho está envolto por conflitos internos. O poder executivo se mostrou rígido, resultando na dominação e opressão de uma pessoa. Até que ponto pode ser considerado democrático um colegiado em que seus conselheiros relatam tal cerceamento?

É importante destacar sobre o desabafo feito durante as entrevistas por alguns conselheiros sobre as OSs: “a gente lutou muito com essa empresa Cuiabana (OSs) (...) teve uma reunião que o prefeito adiou era pra ser no conselho ai foi transferida pra prefeitura e foi uma reunião fechada, não deixou participar” (U04). Enquanto os sujeitos estiverem impedidos de se manifestar, de participar, no campo do controle social, nos conselhos em que atuam, fica cada vez mais evidente o processo de democratização fragilizado e até mesmo inviabilizado no trato da coisa pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou identificar as competências institucionais do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, analisar em qual medida a participação dos conselheiros do segmento dos usuários consegue influenciar no processo de formulação e no controle social da execução da política de saúde. Para atingir os objetivos da pesquisa, procurou-se seguir à risca o planejamento organizado para o seu desenvolvimento, que compreendeu a apropriação documental, observação através da participação nas reuniões do pleno do conselho, aplicação de questionário e as entrevistas.

A abertura encontrada no Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá-MT proporcionou livre acesso ao acervo documental, e a nossa participação às suas reuniões foi um fator garantidor para a realização desta pesquisa.

Os resultados desta pesquisa validaram a hipótese apresentada, de que o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, no que tange ao processo de democratização das relações do Estado com a sociedade civil, tem sido historicamente engessado, por meio de práticas que revelam a hegemonia do Poder Executivo, em relação ao segmento dos usuários. Os conselheiros têm se deparado com algumas limitações no que se refere à participação efetiva nos processos decisórios, que não se dão apenas por falta de infraestrutura e recursos, mas pela falta de uma cultura de participação, assim como a falta de vontade política para que a cidadania de fato seja exercida. O desenvolvimento de práticas democráticas efetivas na sociedade é de extrema importância para o fortalecimento do controle social, a participação não é um conteúdo que se possa transmitir, tampouco uma habilidade que se possa adquirir pelo mero treinamento, mas, na verdade, se trata de uma mentalidade e um comportamento a serem construídos pela reflexão crítica e pelo amadurecimento do conselheiro.

Neste trabalho não podemos falar de emancipação revolucionária, mas os achados nos permitem falar de emancipação política, pois, no limite da emancipação política o conselho atua, enquanto espaço de participação social e democrática ele atua, o que seria participar politicamente para garantir o direito à saúde. Neste âmbito podemos falar em emancipação política, que é a conquista da cidadania no campo dos direitos sociais numa sociedade capitalista.

A minha proximidade com o cotidiano dos conselheiros, sem uma leitura mais profunda, dificultava o desvelamento da realidade. Mas, observando este real, pude perceber os fatores determinantes sociopolíticos que dificultam a autonomização do conselho: não há

uma prática efetiva, o executivo vem gerando um poder burocratizante e despolitizador, cooptação e falta capacitação. Mas há o empoderamento, pois no espaço do conselho existe o diálogo, as trocas de saberes entre usuários/trabalhadores. O conselheiro se capacita de dentro para fora, ele é o espaço de capacitação; são as relações construídas no espaço do conselho que o capacitam, e temos exemplos de muitas lideranças que se forjaram nestes espaços.

Não podemos negar o conhecimento da população (saber popular); a capacitação faz sentido enquanto auxiliar na gestão e fiscalização do conselho, daqueles que não têm o domínio daquela linguagem mais técnica e se calam porque fingem entender; quando ele tem uma posição mais comprometida sente dificuldade, porque ele também quer falar nesta linguagem.

O conselho é o lugar para construir a política de saúde e exercer o controle social. O conselho é paritário, tripartite; eles têm uma formação bem distinta, os trabalhadores com a formação técnica, os gestores com formação em planejamento e gestão, e os usuários que têm o saber popular, a vivência das necessidades reais do cotidiano, a vivência por saúde pública. Mas, conforme os resultados encontrados nesta pesquisa, este saber está se perdendo, pois está sendo substituído pelo caráter contábil, fiscalizador.

Esta conjuntura de cooptação usa o empoderamento como uma perspectiva teórica, o fato da sociedade civil estar participando não quer dizer que ela está se empoderando. É preciso incentivar, fortalecer e fomentar as discussões e os debates de conhecimento sócio-político. A população tem que ter acesso a um conhecimento mais politizado na defesa do direito público. A capacitação técnica tem se mostrado insuficiente.

O conselho de hoje atua com formas de participação da perspectiva gerencial, a qual requer a fiscalização dos recursos de um Estado que vem gradualmente se desresponsabilizando dos serviços públicos. Mas, é preciso encontrar estratégias de empoderamento, que possibilitem uma razão de estar neste espaço; dessa forma continuamos politizando e capacitando, pois o conselho pode se empoderar no diálogo, na participação ativa em prol da coletividade, nos embates. “O conselho é o mais idôneo órgão de educação recíproca e desenvolvimento do novo espírito social que o proletariado foi capaz de gerar a partir da experiência viva e fecunda da comunidade do trabalho” (GRAMSCI, 2004, p. 289).

Participação envolve educação política, aprendizado na vida cotidiana, onde sejam conhecidos e respeitados os direitos e os deveres da cidadania. A participação da população em geral é muito limitada e, quando ocorre, se restringe às entidades com assento no conselho. A defesa dos interesses públicos também fica comprometida, na medida em que há uma superposição de interesses corporativos e privados.

Apesar de a Lei nº 8.142/1990 efetivar a participação popular prevista na Constituição, persistem situações que dificultam a atuação dos conselhos de saúde em suas funções, como a falta de previsão orçamentária para suas atividades, a presidência sendo exercida pelo gestor dos recursos do SUS, a não homologação das decisões votadas nas plenárias e o desvirtuamento na representação popular. Quando foi prevista a democracia participativa na Constituição Federal de 1988, os usuários deveriam ter participação paritária em relação aos demais segmentos representados, mas, se a presidência é exercida pelo gestor, a paridade fica prejudicada.

O Conselho de Saúde de Cuiabá tem um alcance político significativo; no que se refere ao orçamento público destinado à saúde, ele deve aprovar o orçamento e a partilha dos recursos públicos na área da saúde e isso leva, como consequência, a um maior conflito de poder no seu interior, com a disputa entre distintos interesses políticos.

Um desafio a ser enfrentado pelo Conselho de Saúde de Cuiabá diz respeito à sua própria democratização, o que envolve a representatividade dos conselheiros, o vínculo com suas bases sociais, e a capacidade de se organizar, evitando nesse caso a sua transformação em meros órgãos burocráticos para o cumprimento das leis vigentes.

O Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, apesar dos entraves enfrentados, tem contribuído na mobilização da sociedade, estimulando a participação no conselho de pessoas e lideranças para debater soluções para os problemas da saúde, ampliando a preocupação com as políticas por parte das autoridades. Porém, os dados desta pesquisa são reveladores da inoperância do Conselho no que tange à melhoria dos serviços dos SUS e à fragilidade dos usuários para participarem do processo deliberativo do colegiado, quando se tem neste espaço nítidos movimentos de pseudoconcreticidade de uma política pública voltada para as necessidades da população, no campo da saúde. Nas entrevistas e respostas dos questionários, os dados gritam por mostrar insatisfação, participação instrumental e superficial (LIMA, 2011), práticas que mais denunciavam a falta de uma participação ativa por parte dos usuários, o que me permite constatar que o Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá tem tido um funcionamento não efetivo para a população.

Ao ouvir os conselheiros, observei os problemas que precisam ser enfrentados e, com isso, fazer avançar o processo democrático. Percebi os avanços e limitações, o Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá possui a missão, através dos seus conselheiros, de fazer prevalecer a justiça e a probidade das contas públicas da saúde, possibilitando que os recursos sejam administrados a favor dos interesses da sociedade, sobretudo do público que mais necessita desses serviços, o qual faz parte dos segmentos populares, auxiliando na efetivação

dos princípios norteadores do SUS, de universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde.

Os conselheiros, participantes da pesquisa, fizeram menção dos seus papéis no acompanhamento e na avaliação do orçamento para um adequado destino dos recursos à saúde, e demonstraram consciência da importância das suas atribuições na consolidação do controle social. Mas, quando a fiscalização das contas pelo conselho ocorre de maneira a defender interesses que não condizem com os da sociedade, este conselho contribuiu para o predomínio da desigualdade e da subserviência à lógica privatista. Nesse sentido que me refiro à análise do movimento pseudoconcreto, o qual esconde a essência pela aparência, quando apresenta uma missão e consolida uma prática totalmente contraditória a tal missão.

O papel político dos conselheiros representantes dos usuários na tomada de decisões do Conselho está ausente no discurso destes. Quando questionados sobre a participação política ou ligação com sindicatos ou associações, a maioria respondeu que não participam. Foram indicados pelas suas instituições a ocupar o assento no Conselho.

O papel dos representantes dos usuários no Conselho se torna de difícil efetivação, dada a ausência de papel político e de inserção em algum tipo de militância que sustente e respalde a atuação do conselheiro.

Se hoje o movimento social está institucionalizado, até com força constitucional, é importante que ele não perca a autonomia e a participação ativa na perspectiva da emancipação social, nos seus espaços de discussão. O Conselho deve adotar uma política que vise motivar a participação da sociedade civil, uma política de formação continuada para conselheiros e uma proposta de autonomia para o Conselho.

O Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá nasce com a importante experiência da reforma sanitária, reformista, e deve propor a reforma da saúde, apesar das dificuldades enfrentadas pelos seus conselheiros e servidores. Trata-se de um órgão legítimo e que tem um forte potencial de intervir nas decisões das políticas públicas de saúde para o município de Cuiabá. Para tanto, algumas estratégias precisam ser pensadas e colocadas em prática. Quais sejam: 1) Formação/capacitação permanente, inclusive considerando a rotatividade dos mandatos; 2) Audiências públicas que liguem os conselhos aos demais órgãos fiscalizadores da sociedade que exercem o controle institucional, como a Câmara Municipal de Vereadores, Tribunal de Contas e Ministério público; 3) Formação continuada para conselheiros e técnicos da secretaria, em universidades, no sentido de buscar respaldo teórico para a construção de um projeto ético popular que defenda um sistema público de saúde de qualidade e capacidade de atendimento digno a população de Cuiabá. Seria possível pensarmos o Conselho como

importante espaço pedagógico de construção desse projeto ético popular, sobretudo quando pautamos a saúde? Para responder tal questionamento é preciso ter em mente as emergentes e necessárias mudanças no plano da participação, que tocam objetiva e subjetivamente uma questão cultural. Nesse sentido, afirmo que seguirei acreditando no potencial dos Conselhos, que representam um importante espaço pedagógico de aprendizagem, reconhecendo seus muitos limites, mas vendo-o como possibilidade real de democratização. O desafio é coletivo!

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso de. **Estudo de caso em Pesquisa e Avaliação Educacional**. Brasília: Liber Livro, 2005. p. 7-70. (Vol. 13).

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 376–382, 2003.

BARROS, Elizabeth. Saúde: idas e vindas do financiamento da política de saúde. In: ROCHA, Denise; BERNARDO, Maristela. (Orgs.). **A era FHC e o governo Lula: transição?** Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2004. p. 151–190.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2008.

BICALHO, Milton dos Santos. Conselheiros de saúde construindo o controle social do SUS. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 14, p. 149-154, dez. 2003.

BORDENAVE, Juan E. Diaz. **O que é participação**. 6. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Conselhos Escolares: Uma estratégia de gestão democrática da educação pública**. Brasília: MEC/SEB, novembro de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333**, de 04 de novembro de 2003. Aprova as Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Revoga as Resoluções nº 33/1992 e nº 319/2002. Brasília: DOU, 04.12.2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm>. Acesso em: 01 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. **O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: DOU, 5.10.1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 01 set. 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 1.232**, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília: DOU, 31.8.1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm>. Acesso em: 01 set. 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília: DOU, 29.6.2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 01 set. 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília: DOU, 14.9.2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 01 set. 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DOU, 20.9.1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 01 set. 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 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: DOU, 31.12.1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 01 set. 2014.

BRAVO, Maria Inês de Souza. A Política de Saúde na Década de 90: Projetos em Disputa. **Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Superando Desafios, Rio de Janeiro, UERJ/HUPE, Serviço Social, v. 4, 1999.

_____. Políticas de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Editora Cortez, 1994.

_____; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

_____; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: _____; PEREIRA, Potyara Amazoneida. (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 197–216.

CAMPOS, Nilva Maria Fernandes de. **A gestão do Sistema de Serviços de Saúde em Cuiabá na perspectiva de definição de prioridades – um estudo de caso**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá: UFMT, 2009. 157 f.

CHAUI, Marilena de Souza. **Escritos sobre a Universidade**. São Paulo: Editora UNESP, 2001.

CORREIA, Maria Valéria da Costa. A Relação Estado/Sociedade e o controle social: fundamentos para o debate. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, v. XXV, n. 77, p. 148–176, 2004.

_____. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Que controle social na política de Assistência Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 72, set. 2002.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Participação na área da saúde: o conceito, suas origens e seu papel em diferentes projetos de reforma do Estado. **Saúde**, Porto Alegre, v. 1, p. 51-69, 1996.

CUIABÁ. Prefeitura. Câmara Municipal. **Decreto nº 2.276**, de 03 de maio de 1991. Cuiabá: Gazeta Municipal, 06.05.1991.

_____. Prefeitura. Câmara Municipal. **Decreto nº 2.845**, de 19 de novembro de 1993. Cuiabá: Gazeta Municipal, 22.11.1993.

_____. Prefeitura. Câmara Municipal. **Decreto nº 5.598**, de 03 de outubro de 2014. Dispõe sobre a nomeação dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá para o Biênio 2014/2016. Cuiabá: Diário Oficial Eletrônico de Contas MT nº 482, 09.10.2014.

_____. Prefeitura. Câmara Municipal. Secretaria de Apoio Legislativo. **Lei nº 2.820**, de 19 de dezembro de 1990. Regulamenta os Artigos 164 a 170 da Lei Orgânica do Município de Cuiabá, e, em especial, o inciso IX, do Artigo 17 e art. 18 das disposições Gerais e Transitórias, esse referente à organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, e dá outras providências. Disponível em:
<<http://www.cuiaba.mt.gov.br/legislacao/paginas/leis/1990/lei2820.htm>>. Acesso em: 10 set. 2014.

_____. Prefeitura. Câmara Municipal. Secretaria de Apoio Legislativo. **Lei Complementar nº 094**, de 03 de julho de 2003. Consolida as Leis Municipais de Saúde e dá outras providências. Cuiabá: Gazeta Municipal nº 637, 04.07.2003. Disponível em:
<<http://www.cuiaba.mt.gov.br/legislacao/paginas/leis/complementares/lc094.htm>>. Acesso em: 10 set. 2014.

_____. Prefeitura. Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano - IPDU. Diretoria de Pesquisa e Informação - DPI. **Perfil Socioeconômico de Cuiabá**. Volume III. Cuiabá: Central de Texto, 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – 2008**. Cuiabá: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

CURY, Carlos Roberto Jamil. Os conselhos de educação e a gestão dos sistemas. In: FERREIRA, N. S. C.; AGUIAR, M. A. (Orgs.). **Gestão da educação: impasses, perspectivas e compromissos**. São Paulo: Cortez, 2000.

DE PAULA, Ana Paula Paes. Administração Pública Brasileira entre o Gerencialismo e a Gestão Social. **Rev. Adm. Empresa**, São Paulo, [on line], v. 45, n. 1, Jan/Mar. 2005.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902005000100005>> Acesso em: 08 out. 2013.

DIÁRIO DE CUIABÁ. **Sivaldo**: a superação da prática política. Edição nº 10612, 11/05/2003. Disponível em: <<http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=139040>>. Acesso em: 16 dez. 2015.

DIEGUES, Geraldo César. O controle social e participação nas políticas públicas: o caso dos conselhos gestores municipais. **Revista NAU Social**, UFBA, Salvador, v. 4, n. 6, p. 82-93 Maio/Out. 2013.

FERES, Anaximandro Lourenço Azevedo; REISSINGER, Simone; ARAUJO, Marinella Machado. Conselhos Municipais de Saúde e a construção dialógica do orçamento público. XV Encontro Preparatório para o Congresso Nacional do CONPED, **Anais...** p. 260-279, 2007. Disponível em: <http://www.nujup.org/?page_id=52>. Acesso em: 10 jul. 2014.

FIGUEIREDO, Rubens; COUTINHO, Ciro. A eleição de 2002. **Opinião Pública**, Campinas, [online], v. 9, n. 2, p. 93-117, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/op/v9n2/v9n2a05.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2016.

FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. In: _____. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 25-44.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Prefácio. In: SCHEINVAR, Estela; ALGEBAILLE, Eveline. (Orgs.). **Conselhos participativos e escola**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2005. p. 07-10.

FUKS, M. Participação política em conselhos gestores de políticas sociais no Paraná. In: PERISSINOTTO, R.; FUKS, M. (Orgs.). **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba: Fundação Araucária, 2002. p. 245-272.

FUNARI, Pedro Paulo. **Grécia e Roma**. Repensando a História. São Paulo: Contexto, 2002.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, nov-dez. 2004.

GOHN, Maria da Glória. Conselhos gestores e gestão pública. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 42, n. 1, p. 5-11, jan/abr 2006.

_____. **Conselhos Gestores e participação sociopolítica**. 4. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

_____. Empoderamento e participação da comunidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 02, p. 20-31, maio-ago. 2004.

_____. **Participação da Sociedade Civil na Educação**: alternativas para melhoria da escola pública. Workshop. São Paulo: Laser Press, 1995.

GRAMSCI, Antonio. **Escritos Políticos**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Conselhos Nacionais Perfil e atuação dos conselheiros**: Relatório de Pesquisa. Brasília: IPEA, 2013.

JACOBI, Pedro Roberto. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 31-48, fev. 1999.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LIMA, Antonio Bosco de. **Estado e o controle social no Brasil**. Uberlândia: EDUFU, 2011.

LOPES, Eudoxia Camila Cerqueira; LIMA, Antonio Bosco de; SHIMAMOTO, Simone Vieira de Melo. As políticas de gestão educacional no município de Uberlândia/MG: Concepções e democratização. In: LIMA, Antonio Bosco de. (Org.). **Estado e o controle social no Brasil**. Uberlândia: EDUFU, 2011.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Políticas de Saúde. Coordenadoria de Gestão da Política de Saúde. **Plano Estadual de Saúde Mato Grosso - 2008/2011**. Cuiabá: SES-MT/SPS, 2010. 133 p.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Políticas de Saúde. **Plano Estadual de Saúde de MT 2012-2015**. Cuiabá: SES-MT/SPS, 2013. 196 p.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Regionalização da Saúde em Mato Grosso**: Em busca da integralidade da atenção. Júlio Strubing Müller Neto (Org.). Cuiabá: SES, 2002. 336 p.

MATOS, Maurílio Castro de. Capacitação de Conselheiros: Possibilidade de Fortalecimento das Políticas Públicas. 2º CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, Belo Horizonte, **Anais...** 12 a 15 de setembro de 2004.

MESZAROS, Istvan. **A Educação para além do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. O Serviço Social frente ao neoliberalismo: mudanças na sua base de sustentação funcional ocupacional. **Serviço Social & Sociedade**, Cortez, São Paulo, n. 53, 1997.

_____. **Terceiro setor e questão social**. Crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a sociedade civil**. Temas Éticos e Políticos da Gestão Democrática. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

OLIVEIRA, Hugna Mayre de. Análise do processo de formulação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de Cuiabá, Mato Grosso. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA, 2013. 99 f.

OLIVEIRA, Raquel Mendes de. **Decifra-me ou devoro-te**: A participação na política de assistência social e o projeto democrático e popular no Brasil. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Pós-Graduação em Política Social. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá: UFMT, 2015. 146 f.

OLIVEIRA, Virgílio César da Silva e; PEREIRA, José Roberto; OLIVEIRA, Vânia A. R. de. Os conselhos gestores municipais como instrumentos da democracia deliberativa no Brasil. **Cadernos Ebape. Br**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, artigo 3, p. 422-437, Set. 2010.

OUTHWAITE, William; BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Trad. Eduardo Francisco Alves, Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

PAIM, Jairnilson Silva. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: _____. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-isc, 2002. p. 408-433.

PAZ, Rosângela. Os conselhos como forma de gestão das políticas públicas. SCHEINVAR, Stela; ALGEBAILLE, Eveline. (Orgs.). **Conselhos participativos e escola**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2005. p. 19-24.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural**, Faculdade de Medicina/UFMG, Belo Horizonte, v. 35, 2001.

RODRIGUES, Nelson dos Santos et al. A prática do controle social através dos conselhos de saúde. **Divulg. saúde debate**, CEBES, Rio de Janeiro, n. 22, p. 71-89, 2000.

SALIBA, Nemre Adas; GARBIN, Cléa Adas Saliba; GONÇALVES, Patrícia Elaine; SANTOS, Joildo Guimarães; SOUZA, Neila Paula de; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba. Plano Municipal de Saúde: análise do instrumento de gestão. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 29, n. 1, p. 224-230, Jan./Fev. 2013.

SCHEINVAR, Stela; ALGEBAILLE, Eveline. (Orgs.). **Conselhos participativos e escola**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2005. p. 11-18.

SEMERARO, Giovanni. **Gramsci e os novos embates da filosofia da práxis**. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2006.

SILVA, Ivone Maria Ferreira da. **Conselhos de Saúde**: construindo uma nova linguagem. Cuiabá: EdUFMT, 1998.

SILVA, Jacqueline Maria Cavalcante da. **Controle social das políticas públicas no Brasil**: caminho para uma efetiva democracia. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) –

Programa de Pós-Graduação em Direito Constitucional. Universidade de Fortaleza. Fortaleza: UNIFOR, 2010.

SILVA, Marco Octávio Hegnerde Sousa e. **Improbidade Administrativa: Efetividade da Legislação**. Trabalho de Conclusão do Curso em Especialização em Auditoria Interna e Controle Governamental. Centro de Formação e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados (CEFOP) em parceria com a Controladoria-Geral da União, a Advocacia-Geral da União e o Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União. Brasília, 2010.

SILVA, Rose Cléia Ramos da. **O Conselho de Acompanhamento e Controle Social do FUNDEB de Campo Verde-MT: conflitos e confluências**. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal Fluminense. Niterói-: , 2011. 299 f.

SILVA, Rose Cléia Ramos da; SOUSA, Bartolomeu José Ribeiro de. **Modulo I – Curso de Extensão**. Os conselhos de políticas públicas na efetivação do controle social em Mato Grosso. Cuiabá: TCE/UFMT, 2014.

SILVA, Vini Rabassa da; MEDEIROS, Mara Rosange Acosta de; FONSECA, Fernanda Fonseca da; PESTANO, Cintia Ribes. Controle social no Sistema Único de Assistência Social: propostas, concepções e desafios. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 250-265, 2009.

SIRAQUE, Vanderlei. **O controle social da função administrativa do Estado: possibilidades e limites na constituição de 1988**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, Jan/mar. 2014.

SPINELLI, Maria Angelica dos Santos; MÜLLER-NETO, Julio Strubing; SCHRADER, Fatima Aparecida Ticianel; VENITES, Valdelirio. As práticas avaliativas entre a racionalização do sistema e as demandas dos usuários: o caso do SUS Cuiabá. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes da; MATTOS, Ruben Araujo de. **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro, Editora: CEPESC, IMS/ UERJ, ABRASCO, 2008. p.105-127.

STOTZ, Eduardo Navarro. Participação Social. In: PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

TONELLA, C. Conselhos municipais de políticas públicas: participação e governança local. XI CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 1 a 5 de setembro de 2003, Unicamp, Campinas, SP. **Anais...** (CDROM), p. 1-33, set. 2003.

TORO, Jose Bernardo. **A construção do público: cidadania, democracia e participação**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora SENAC-Rio, 2005.

TRIVINOS, Augusto N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLA, Vicente Victor. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (Sup. 2), p. 7-18, 1998.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. **Temporalis**, Porto Alegre, ano II, n. 3, 2001.

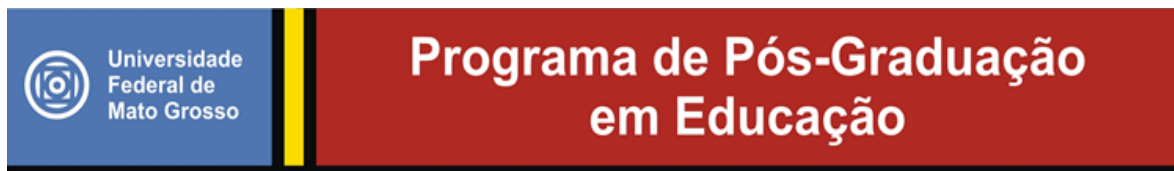
YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Trad. Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre : Bookman, 2001.

WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; BARBOSA, Tatiane Muniz; BORBA, Maria Clara de. Empoderamento e Recursos para a participação em Conselhos Gestores. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 131-144, set-dez. 2006.

WOOD, Ellen Meiksins. **Democracia contra capitalismo**: a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista



Roteiro da Entrevista

Entrevistado do segmento _____

IDENTIFICAÇÃO:

1. Gênero: Masculino () Feminino ()
2. Que Instituição Representa no Conselho de Saúde de Cuiabá:

PERCEPÇÃO DO CONSELHEIRO

1. Você participou de alguma capacitação para conselheiros antes ou durante sua inserção nesse Conselho? ()Sim ()Não

Se sim, tem auxiliado na sua atuação como conselheiro?

2. Quais as suas atribuições na função de conselheiro?

3. Você considera o Conselho Municipal de Saúde como um espaço importante para a participação do usuário?

4. Em relação aos assuntos deliberados nas reuniões do conselho quais deles você percebeu que foi tratado com mais relevância e qual foi o desfecho?

5. Quais as dificuldades encontradas no contexto da sua participação no Conselho de Saúde de Cuiabá?

Fonte: Elaboração da autora, 2014.

APÊNDICE B - Questionário



QUESTIONÁRIO

Conselheiro Segmento

1. IDENTIFICAÇÃO

Conselheiro (a): XXXXXXXX

Sexo: () Feminino () Masculino

Nome do Conselho a que pertence: **Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá**

e-mail: _____

Tel: () _____

2. ESCOLARIDADE:

- Ensino fundamental incompleto
 Ensino fundamental completo
 Ensino médio incompleto
 Ensino médio completo
 Ensino Superior incompleto
 Ensino Superior completo
 Especialização Mestrado Doutorado

3. RENDA:

- Sem renda
 Até 2 salários mínimos
 Até 3 salários mínimos
 Até 5 salários mínimos
 Até 8 salários mínimos
 Até 10 salários mínimos
 Acima de 10 salários mínimos

4. ATIVIDADE PRINCIPAL:

- Autônomo
 Empregador
 Servidor Público Municipal
 Servidor Público Estadual
 Servidor Público Federal
 Empregado com carteira assinada
 Empregado sem carteira assinada
 Estudante, apenas.
 Trabalha no Lar
 Desempregado, no momento.

5. Quantas vezes você atuou como conselheiro(a)?

- Está exercendo o primeiro mandato
 Segundo mandato
 Terceiro mandato
 Mais de quatro mandatos

6. Você atua em outro conselho?

Sim Não

↳ 6.1 Em caso afirmativo, qual ou quais?

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CONSELHO

7. Você conhece a lei ou o ato legal de criação do Conselho do qual faz parte?

Sim Não

8. A decisão de criação do Conselho se deu por:

Exigência legal da sociedade

Decisão do prefeito de uma Organização Não Governamental da área

Dos Vereadores não sabe

9. O conselho possui Regimento Interno?

Sim Não

↳ 9.1 Em caso afirmativo, você conhece o Regimento? Sim Não

10. O espaço físico cedido pela secretaria é satisfatório as necessidades de trabalho dos conselheiros?

Sim Não

11. Qual a periodicidade e frequência das reuniões do Conselho?

Quinzenais

Mensais

Bimestrais

Outra

12. Quem propõe a pauta das reuniões do Conselho?

O Presidente do Conselho

Representante da Secretaria Municipal

Qualquer conselheiro

Outros

13. A pauta das reuniões é divulgada previamente?

Sim Não

14. Além das reuniões ordinárias, o Conselho realiza alguma reunião aberta à sociedade?

Sim Não

SUA ATUAÇÃO COMO CONSELHEIRO(A) E DESEMPENHO DO CONSELHO

15. Você participa da elaboração e discussão na Câmara Municipal dos projetos de lei do Plano Plurianual (PPA),

a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) do seu Município?

Sempre raramente não acompanha

16. Em relação ao funcionamento do Conselho no qual atua, você considera que o órgão se subordina:

Ao governo à Sociedade outros Nenhum

17. Depois que começou a participar do Conselho o seu interesse pelo controle social das políticas públicas de seu município aumentou?

Muito Razoavelmente Não aumentou nada

18. Nas intervenções feitas nas reuniões que participou você observou que se manifestam mais?

- Segmento dos usuários
- Segmento dos Trabalhadores
- Segmento do Gestor/Prestador de Serviço

19. O Conselho participou de alguma ação que envolva o planejamento do município?

- Sim
- Não

20. Você considera importante conhecer e ter acesso às informações acerca da elaboração da Lei Orçamentária de seu município?

- Muito
- Razoavelmente
- Pouco

21. Na função de conselheiro(a), você já identificou alguma irregularidade na utilização dos recursos públicos em sua atuação no Conselho?

- Sim
- Não

↳ 21.1 Se a resposta for sim, que providências você tomou?

22. Nos últimos doze meses, você participou de atividades de formação destinadas ao aperfeiçoamento da sua atuação no Conselho?

- Sim
- Não

Pesquisadora: Soraia Pinto Tamberi Rodrigues Maciel.

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE**

Título do estudo: UMA ANÁLISE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ: a participação dos representantes dos usuários nos processos decisórios

Pesquisador(es) responsável(is): Soraia Pinto Tamberi Rodrigues Maciel, Rose Cléia Ramos da Silva (orientadora).

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Mato Grosso/ Instituto de Educação/Programa de Pós-Graduação em Educação-PPGE.

Telefone para contato: (065) 92249063 – (065)96121120

Local da coleta de dados: Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder às perguntas, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Objetivo do estudo: Compreender como vem se constituindo o processo de participação da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em responder ao questionário e às perguntas formuladas que abordam sua atuação no CMS/Cbá.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos: A participação respondendo as perguntas formuladas pelo pesquisador não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Eu estou ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, e concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Cuiabá, ____/____/2015.

Assinatura do Participante

Nome:

Instituição que representa no Conselho:

Pesquisador responsável: Soraia Pinto Tamberi Rodrigues Maciel
Telefone Contato: 065-92249063

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO
MULER – UFMT. Rua Luis Philippe Pereira Leite, s/n Alvorada - CEP 78048-902, Cuiabá-
MT. Local de Atendimento: Anexo didático - HUJM
Coordenadora do Comitê: Shirley F. Pereira - Tel. (65) 3615-7254

ANEXOS

ANEXO 1 - Lei de Criação do Conselho

LEI Nº 2.820 DE 19 DE DEZEMBRO DE 1990

REGULAMENTA OS ARTIGOS 164 A 170 DA LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE CUIABÁ, E, EM ESPECIAL, O INCISO IX, DO ARTIGO 17 E ART. 18 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS, ESSE REFERENTE À ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. AUTOR: EXECUTIVO MUNICIPAL FREDERICO CARLOS SOARES CAMPOS, Prefeito Municipal de Cuiabá - MT, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei. Faço saber que a Câmara Municipal de Cuiabá aprova e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I - Da abrangência da lei

Art. 1º - Esta lei pertine às definições básicas, aos princípios fundamentais, ao modelo assistencial e de serviços, à gestão, e ao financiamento e orçamento das atividades de saúde no município de Cuiabá, nos termos estabelecidos em sua lei orgânica e consoante o Sistema Único de Saúde (SUS) criado na Constituição da República Federativa do Brasil em vigor.

Art. 2º - Incluem-se, na presente lei, os artigos 164 a 170 da lei orgânica do município de Cuiabá, o inciso IX do artigo 17 e o artigo 18 das disposições gerais e transitórias.

TÍTULO II - Da Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Município.

Capítulo I - Da Natureza do SUS

Art. 3º - O Sistema Único de Saúde, doravante denominado SUS, para fins desta lei, é uma figura institucional cooperativo, sem personalidade jurídica ou competências supra-institucionais, cuja missão é oferecer à população, com o mínimo de custos e a máxima eficiência social, serviços básicos de saúde. Parágrafo Único - O SUS funcionará através de convênios e contratos, respeitando, no tocante a integração das ações dos demais níveis de governo, a autonomia municipal.

Capítulo II - Da Gestão

Art. 4º - O SUS será, nos termos do Artigo 169 da Lei Orgânica do Município de Cuiabá, gerido e administrado pela Secretaria Municipal de Saúde, coadjuvado pelo Conselho Municipal de Saúde. Parágrafo Único - O Conselho Municipal de Saúde terá caráter deliberativo, consultivo e recursal.

Capítulo III - Do Conselho Municipal de Saúde

Da Competência

Art. 5º - Ao Conselho Municipal de Saúde cabe:

- a) Propor a política de saúde do município de Cuiabá, definida e elaborada pela conferência municipal de Saúde, convocada por este Conselho;
- b) Deliberar sobre a contratação ou convênios de serviços privados e sugerir medidas para integração dos programas de saúde do município com os órgãos e entidades de Saúde pública, beneficentes ou privados, para melhor consecução dos objetivos da saúde da comunidade.
- c) Deliberar sobre as questões de coordenação, gestão, acompanhamento e normatização das ações e serviços de saúde, bem como da aplicação dos recursos destinados ao SUS.
- d) Propor anualmente, com base na política de saúde aplicações orçamentárias especificados dentro do limite estipulado pelo artigo 170 parágrafo 2º da lei orgânica do município de Cuiabá;

e) Fiscalizar a destinação, aplicação e movimentação dos recursos financeiros do Fundo Único de Saúde Municipal;

f) Convocar Assembléia Geral para organização da Conferência Municipal de Saúde.

Seção II - Da Composição

Art. 6º - O Conselho Municipal de Saúde será composto paritariamente, pelo Poder Executivo, representantes dos trabalhadores do setor de saúde e representantes dos usuários, conforme o artigo 18 das disposições gerais e transitórias da lei orgânica do município, na seguinte disposição:

a) - Por 05(cinco) representantes do poder Executivo/prestadores de serviços de saúde;

- Secretário Municipal de Saúde de Cuiabá, que será seu Presidente;

- 01(hum) representante da Secretaria de municipal de Educação;

- 01(hum) representante do IPEMUC (instituto da Previdência dos Servidores Municipais de Cuiabá);

- 01(hum) representante da Secretaria Estadual de Saúde;

- 01(hum) representante do HUIJM (Hospital Universitário Júlio Muller)

b) - Por 05(cinco) representantes das entidades de trabalhadores do setor de saúde;

- um representante das policlínicas municipais e centros de saúde de Cuiabá;

- um representante do Sindicato dos médicos de Cuiabá;

- um representante da Associação profissional dos enfermeiros de Cuiabá;

- um representante da UNATE (União nacional dos auxiliares e atendentes de Enfermagem) - sessão Cuiabá;

- um representante do sindicato dos Assistentes sociais de Cuiabá;

c) - Por (05) (cinco) representantes de usuários dos serviços de saúde;

- um representante da UCAM (União coxipoense de Associação de moradores);

- um representante da UCAMB (União Cuiabana de Associação de Moradores de Bairro);

- um representante da Associação dos pensionistas e aposentados de mato Grosso;

- um representante do SISPUMC (Sindicato dos Servidores Públicos do município de Cuiabá)

; e

- um representante do Movimento Popular de Saúde (Grupo popular de Saúde de Cuiabá).

Parágrafo Único - Os membros do conselho Municipal de Saúde serão indicados para mandato de 01(hum) ano, sendo permitida a recondução.

Art. 7º- O Conselho Municipal de Saúde, através de qualquer um de seus membros, com a concordância da maioria de seus integrantes, poderá convidar especialistas individuais ou integrantes de entidades para integrar o Conselho, sem direito a voto.

Art. 8º - O Conselho Municipal de saúde será constituído por um plenário do Conselho, por uma Secretaria Executiva e por comissões especiais.

Art. 9º - O Conselho reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês ou extraordinariamente, quando necessário, desde que solicitada e convocada pela maioria dos seus integrantes, ou pelo Presidente.

Art. 10 - O Conselho aprovará o seu Regimento Interno no prazo máximo de cento e vinte (120) dias, a contar da publicação desta Lei.

Art. 11 - O Presidente do Conselho Municipal de Saúde representá-lo-á no Conselho Municipal de Desenvolvimento Urbano, na qualidade de especialista da área de saúde.

TITULO III - Do Financiamento do SUS

Art. 12 - O SUS será financiado nos termos dispostos no Artigo 170 da Lei Orgânica do Município, considerando-se que o percentual de 15%(quinze por cento) obedecerá, para sua fixação, o seguinte:

I - As receitas orçamentárias provenientes de recursos próprios das transferências oriundas de convênios ou programas e atividades específicas de outros níveis de Governo ou de qualquer fonte não orçamentária;

II - A receita de qualquer fonte não constante do orçamento, poderá ter sua percentagem remanejada dos recursos próprios destinados ao SUS, desde que seja observado o art. 106 nos seus incisos VI e VIII da Lei Orgânica Municipal.

TITULO IV - Do Fundo Municipal de Saúde

Art. 13- Fica criado o Fundo Municipal Único de Saúde, que consiste num conjunto de recursos da seguridade social, proveniente do Orçamento do Município, transferências federais, Estaduais e de outras fontes, a ser movimentada numa conta única pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde.

TITULO V - Das Disposições Finais

Art. 14 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15 - Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO ALENCASTRO em, 19 DE DEZEMBRO de 1990.

FREDERICO CARLOS SOARES CAMPOS - PREFEITO MUNICIPAL

ANEXO 2 - Parecer Plataforma Brasil



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UMA ANÁLISE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ: a participação dos representantes dos usuários nos processos decisórios

Pesquisador: Soraia Pinto Tamberi Rodrigues Maciel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38266914.3.0000.5541

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 915.037

Data da Relatoria: 07/12/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto objetiva identificar as competências institucionais do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá e analisar em qual medida a participação dos conselheiros do segmento dos usuários consegue influenciar no processo de formulação e no controle social da execução da política de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

- Compreender como se constitui a participação da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá;
- Evidenciar as atribuições institucionais do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá; - Analisar a relevância da participação social institucionalizada do Conselho Municipal de Saúde no ciclo das políticas públicas de saúde em Cuiabá;
- Identificar a percepção dos conselheiros acerca de sua participação na implementação e controle das políticas de saúde;
- Conhecer e identificar o perfil dos conselheiros no que tange à formação/qualificação para atuação no conselho de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta risco mínimo e trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para o participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para a comunidade acadêmica e não acadêmica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto, o TCLE e a autorização do responsável pelo Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá para acesso às fontes de dados citadas no projeto estão de acordo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Não há pendências.

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP: Projeto aprovado em relação a análise ética.

CUIABA, 15 de Dezembro de 2014

Assinado por:
SHIRLEY FERREIRA PEREIRA
(Coordenador)